



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Avdelningen för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa

”Var och varannan har ju ett värkstimulerande dropp”
En komparativ studie med kvalitativ design

”Every other person has an oxytocin infusion”
A comparative study with a qualitative design

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), år 2023

Författare:
Malin Bäckman
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Handledare:
Anna Gustavsson
Leg. Barnmorska
Biträdande lektor
PhD

Författare:
Vanja Kronstål
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Granskare:
Marie Klingberg-Allvin
Leg. Barnmorska
Professor i reproduktiv hälsa

Examinator:
Wibke Jonas
Lektor

Författarna vill tacka samtliga barnmorskor som tagit av sin dyrbara tid för att besvara våra frågor. Vi vill även tacka klinikchefer som hjälpt oss med deltagare och bifogat PM. Ett sista tack riktas till vår handledare Anna Gustafsson för vägledning, stöd och pepp under arbetets gång.

Sammanfattning

Bakgrund: Syntetiskt oxytocin används i allt större utsträckning över hela världen och är ett av det vanligaste läkemedlet inom förlossningsvården. År 2021 behandlades mer än hälften av alla förstföderskor med spontan förlossningsstart med oxytocininfusion i Sverige.

Barnmorskans främsta uppgift är att främja den fysiologiska förlossningsprocessen och minimera behovet av interventioner. Enligt den senaste årsrapporten från Graviditetsregistret skiljer sig oxytocinanvändningen från 46% till 70% mellan förlossningsklinikerna med lägst respektive högst användning.

Syfte: Att undersöka faktorer som kan påverka insättningen av oxytocin på de förlossningsklinikerna i Sverige med lägst respektive högst behandlingsfrekvens.

Metod: En komparativ, kvalitativ studie. En granskning av sex PM samt fyra individuella semistrukturerade interjuver med barnmorskor som arbetade på förlossningskliniker i Sverige. PM analyserades med dokumentanalys inspirerat av READ-modellen (2020).

Intervjumaterialet analyserades med innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) med en induktiv ansats.

Resultatet: Samtliga PM var olika gällande innehåll. Analysen resulterade i fyra kategorier som på olika sätt kan påverka behandlingsfrekvensen av oxytocin: *Olika definitioner av värksvaghet*, *Olika förutsättningar för att starta behandling*, *Läkarkontakt initieras vid olika skeden* och *Kontraindikationer & risker*. Intervju-analysen resulterade i tre kategorier: *Vem barnmorskan är*, *Arbetsplatsens förutsättning* och *Steg inför behandling*.

Slutsats: Ett synsätt som speglar tron på den födande och den fysiologiska födseln tillsammans med ett gott teamarbete kan generera en lägre behandlingsfrekvens. En högre behandlingsfrekvens kan speglas av större självständighet att koppla oxytocin utan läkarordination, riktlinjer som inte uppdaterats enligt ny evidens och en högre arbetsbelastning.

Nyckelord: Värksvaghet, Oxytocinbehandling, Behandlingsfrekvens, Riktlinjer, Barnmorska

Abstract

Background: Synthetic oxytocin is increasingly used to a greater extent all over the world and is one of the most common medications within maternity care. In 2021, more than half of all the primiparas with spontaneous labour onset in Sweden were treated with oxytocin infusion. A midwife's main duty is to support the physiological process of childbirth and to minimize the need for intervention. According to the latest annual report from the Swedish Pregnancy Register, the usage of oxytocin differentiates between 46% to 70% from the birthing centers with the lowest and the highest usage, respectively.

Aim: To examine the factors that might affect the usage of oxytocin in the birthing centers with the lowest and the highest treatment frequencies in Sweden.

Method: A comparative, qualitative study. A review of six guidelines as well as four individual semi-structured interviews with midwives who worked at birthing centers in Sweden. The guidelines were analysed with document analysis inspired by the READ model (2020). The interview material was analysed by content analysis according to Graneheim and Lundman (2003) with an inductive approach.

Result: All the guidelines content were different. The analysis resulted in four categories of reasons which might affect treatment frequency of oxytocin in a variety of ways, such as: *Different definitions of dystocia, Different preconditions to start a treatment, Contact with the doctor is initiated in different stages* and *Contraindications and risks*. The interview analysis resulted in three categories: *Who the midwife is, The capacity of the workplace* and *Steps prior to treatment*.

Conclusion: A view which reflects faith in the woman giving birth and the physiological process together with good teamwork, can generate a lower treatment frequency of oxytocin. A higher treatment frequency can be reflected by greater independence when it comes to prescribing oxytocin without an ordination given by a doctor and guidelines which have not been updated according to new evidence. This, as well as a heavier workload, affects a higher treatment frequency of oxytocin.

Keywords: Dystocia, treatment of oxytocin, treatment frequency, guidelines, midwife

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
DEN FYSIOLOGISK FÖRLOSSNINGSPROCESSEN	1
<i>Definitionen av normal förlossning.....</i>	<i>1</i>
<i>Endogent Oxytocin.....</i>	<i>2</i>
<i>Barnmorskans ansvar</i>	<i>2</i>
<i>Förlossningsprocessen</i>	<i>2</i>
<i>Förlossningsprogressen</i>	<i>3</i>
FÖRDRÖJD FÖRLOSSNING OCH BEHANDLING.....	3
<i>Värksvaghet hos förstföderskor.....</i>	<i>3</i>
<i>Medikaliseringen inom förlossningsvården</i>	<i>4</i>
<i>Medicinsk & icke-medicinsk värkstimulering.....</i>	<i>5</i>
<i>Syntetiskt oxytocin.....</i>	<i>5</i>
STYRDOKUMENT INOM FÖRLOSSNINGSVÅRDEN	6
PROBLEMFORMULERING	7
SYFTE	7
METOD.....	7
DESIGN	7
URVAL	8
DATAINSAMLING.....	8
DATAANALYS.....	9
ETISKT ÖVERVÄGANDE.....	12
RESULTAT	13
PM	13
<i>Olika definitioner av värksvaghet.....</i>	<i>14</i>
<i>Olika förutsättningar för att starta behandling.....</i>	<i>15</i>
<i>Läkarkontakt initieras vid olika skeden</i>	<i>16</i>
<i>Kontraindikationer & Risker.....</i>	<i>17</i>
<i>Övrig information</i>	<i>18</i>
INTERVJUER.....	19
<i>Vem barnmorskan är</i>	<i>20</i>
<i>Arbetsplatsens förutsättningar.....</i>	<i>23</i>
<i>Steg inför behandling</i>	<i>27</i>

DISKUSSION	29
METODDISKUSSION.....	29
<i>Design</i>	29
<i>Urval</i>	30
<i>Datainsamling</i>	31
<i>Dataanalys</i>	32
<i>Överförbarhet</i>	33
<i>Etiskt övervägande</i>	34
RESULTATDISKUSSION.....	34
SLUTSATS.....	40
KLINISKA IMPLIKATIONER	40
FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING.....	40
REFERENSER.....	42
BILAGOR.....	50
BILAGA 1. MEJL TILL KLINIKCHEF.....	50
BILAGA 2. INFORMATION TILL STUDIEDELTAGARE.....	51
BILAGA 3. INTERVJUGUIDE	52
BILAGA 4. DATAEXTRAKTION PM	54
BILAGA 5. EXEMPEL PÅ INNEHÅLLSANALYS	61
BILAGA 6. INFORMATION AV GRANSKADE PM.....	63

INLEDNING

De medicinska interventionerna har ökat inom förlossningsvården globalt de senaste åren (World Health Organisation, 2018). År 2021 behandlades mer än hälften av alla förstföderskor med spontan förlossningsstart med oxytocininfusion i Sverige. Samma år presenterades en skillnad i behandlingfrekvensen av oxytocin mellan de förlossningsklinikerna med lägst (46%) respektive högst (70%) behandlingsfrekvens på 24% (Graviditetsregistret, 2022). Enligt World Health Organization (2018) ska barnmorskan arbeta med att främja den fysiologiska födseln men siffrorna tyder på att medikaliseringen tar över. Författarna till studien undrar vilka faktorer som påverkar stegen inför behandlingen och varför det skiljer sig inom riket.

Definition

I studien benämns den födande så långt som möjligt som ”den födande” men benämningen kvinna/kvinnor förekommer då intervjupersoner och andra studier använder dessa benämningar. Författarna är medvetna om att det finns födande som inte identifierar sig som kvinna.

BAKGRUND

Den fysiologisk förlossningsprocessen

Definitionen av normal förlossning

Det saknas idag konsensus kring vad som betraktas som en normal förlossning och det finns ingen enhetlig definition (World Health Organisation, 2018). International Confederation of Midwives (ICM) beskriver den normala födseln som en födsel utan farmakologiska, operativa eller medicinska åtgärder, som ska starta, fortgå och avslutas spontant. I definitionen ingår det att barnet föds i fullgången tid, i huvudbjudning och avslutas komplikationsfritt för mor och barn. Processen beskrivs som unik och dynamisk där det psykosociala och fysiologiska samspelar (International Confederation of Midwives, 2023).

Endogent Oxytocin

Det är idag välkänt att det endogena hormonet oxytocin har en stor betydelse för den födande och förlossningsprogressen (Uvnäs-Moberg et al., 2019). Oxytocinnivåerna stiger gradvis i kvinnans blodbana under hela graviditeten och förhöjs markant i samband med förlossningen (Uvnäs-Moberg et al., 2019). Oxytocinet påverkar den födandes beteende och fysiologi och minskar bland annat stress, smärta och ångest. Frisättningen av oxytocin främjas av gott stöd, beröring och trygghet. Yttre omständigheter som stress, okända människor och omgivningar kan hämma frisättningen och öka den födandes stressnivåer (Olza et al., 2020; Uvnäs-Moberg et al., 2019).

Barnmorskans ansvar

Förlossningsvården och barnmorskans främsta uppgift är att främja den fysiologiska förlossningsprocessen och minimera behovet av interventioner (Jansen et al., 2013; World Health Organisation, 2018). Kontinuerligt stöd, gott bemötande och närvaro av barnmorskan har visat sig leda till färre komplicerade förlossningar och förkortade förlossningsprocesser (Bohren et al., 2017; Lunda et al., 2018). Att vara närvarande hos den födande minskar även för tidiga eller onödiga interventioner (Sandall et al., 2016; Socialstyrelsen, 2022).

Barnmorskan kan främja förlossningsprocessen genom lugn och ro, undvika stressiga situationer på födelserummet och uppmuntra den födande till aktivitet som byte av position, upprätta ställningar och rörelse (World Health Organisation, 2018).

Förlossningsprocessen

Födseln ses som en fysiologisk process där olika skeden och faser beskrivs (Hanley et al., 2016). Det första skedet i förlossningsförloppet, öppningsskedet, inleds med latensfasen, vilken räknas från det att den födande känner regelbundna eller oregelbundna värkar. Värkarnas styrka och intensitet är oftast oförändrade och beskrivs som smärtsamma sammandragningar (World Health Organisation, 2018). Den andra fasen, aktiva fasen, beskrivs som smärtsamma regelbundna värkar och under denna fas ändrar värkarna ofta styrka och intensitet (Selin, 2018). Sedan mitten av 1900-talet har den aktiva fasen fastställts av att två av tre kriterier (vattenavgång, öppningsgrad 3 cm och/eller 2–3 regelbundna smärtsamma sammandragningar på 10 minuter) ska vara uppfyllda. Dessa kriterier har under de senaste åren problematiserats och en ny definition på aktiv fas finns bekräftad sedan 2021; när den födande har regelbundna, smärtsamma sammandragningar i kombination med att

modernmunnen är öppen minst 5 cm tillsammans med en individuell bedömning (Svenska barnmorskeförbundet, Svensk förening för obstetrik & Gynekologi, 2021). Förlossningens andra skede, utdrivningsskedet, delas upp i två faser: nedträngningsfasen och utdrivningsfasen. Nedträngandefasen börjar när cervix är fullt vidgad och slutar när fostrets huvud står färdigroterat mot bäckenbotten. Utdrivningsfasen tar sedan vid och avslutas när barnet är framfött (Olza et al., 2020).

Förlossningsprogressen

Det normala förlossningsprogressen är individuell och skiljer sig mellan födande och födande (Abalos et al., 2018; Oladapo et al., 2018; World Health Organisation, 2018). Det som tidigare ansetts vara en "normal" förlossningsprogress, att cervix vidgas 1 cm per timme anses idag vara för snäv och kan leda till onödiga interventioner (Abalos et al., 2018; Oladapo et al., 2018; Svenska Barnmorskeförbundet, Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi, 2021; World Health Organisation, 2018). Förlossningsprogress ska enligt Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) samt Svenska Barnmorskeförbundet (SBF) i stället utgå från den födandes upplevelse av värkar samt dennes mående och behov. Därtill ska barnmorskans observationer av förloppet vägas in (Svenska Barnmorskeförbundet, Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi, 2021). På förlossningskliniker i Sverige används partogram som ett verktyg för att följa förlossningsförloppet. Detta är en grafisk översikt som öppnas upp i samband med att den födande går in i aktiv förlossning (Windrim et al., 2007). Partogrammet innehåller två stödlinjer, observations- och aktionslinjen. Observationslinjen följer den förväntade progressen medan aktionslinjen indikerar när åtgärder skall sättas in och förlossningsprogressen är förskjuten. Aktionslinjen är enligt svenska nationella riktlinjer tre timmar från observationslinjen i partogrammet (Socialstyrelsen, 2011).

Fördröjd förlossning och behandling

Värksvaghet hos förstföderskor

Om förlossningsprocessen under den aktiva fasen av förlossningen blir alltför långsam kan det bero på att sammandragningar av livmodern inte är tillräckligt effektiva. Detta kan beskrivas på många sätt, på svenska används "värksvaghet", "långdragen förlossning" och "dystoci" (Socialstyrelsen, 2011). En tydlig och enhetlig definition av värksvaghet saknas globalt (Nystedt & Hildingsson, 2014; Selin et al., 2009). Socialstyrelsen (2011) definierar

värksvaghet i öppningsskedet som *“Förväntad normal progress under öppningsskedets aktiva fas (i genomsnitt 1 cm/timme) har fördröjts med 3 timmar”* och i utdrivningsskedet som *“Förväntad normal progress under utdrivningsskedet har avstannat, antingen under nedträngandefasen i minst 1 timme eller under utdrivningsfasen med aktiv krystning i minst 30 minuter”* (Socialstyrelsen, 2011, s. 1).

I Sverige ligger prevalensen för värksvaghet kring 33–35% av alla förstföderskor med spontan förlossningsstart (Nystedt & Hildingsson, 2014; Selin et al., 2009) jämfört med ca 10% hos omföderskor (Nystedt & Hildingsson, 2014). Trots att värksvaghet är ett vanligt tillstånd saknas fortfarande fysiologiska förklaringar (Kissler & Hurt, 2023). Kända riskfaktorer är stigande ålder, kortvuxenhet, övervikt och överburenhet (Socialstyrelsen, 2011). Epiduralanestesi har också visat sig förlänga förlossningsförloppet (Cheng et al., 2014; Abalos et al., 2018). En fördröjd förlossning kan innebära risker för både barnet och den födande. Komplikationer som förknippas med en fördröjd förlossning är infektioner, postpartumblödning, påverkat barn och instrumentell förlossning och det är därför i många fall motiverat att vidta någon åtgärd (Nordström & Abascal, 2016; Socialstyrelsen, 2011).

Medikaliseringen inom förlossningsvården

I syfte att förbättra utfallen för födande och barn utförs idag olika interventioner för att starta, påskynda, avsluta, styra och monitorera den fysiologiska förlossningsprocessen (World Health Organisation, 2018). När interventionerna används på rätt sätt kan de vara livräddande åtgärder och medikaliseringen inom förlossningsvården har reducerat mödradödligheten och den neonatala dödligheten drastiskt (Jansen et al., 2013).

Det har skett en betydande ökning av medicinska interventioner de senaste decennierna (World Health Organisation, 2018) och interventionerna har inom förlossningsvården blivit vanliga, i vissa fall rutinmässiga (Jansen et al., 2013). Studier har visat att en betydande andel av friska förstföderskor genomgår minst en intervention under förlossningen, såsom induktioner, värkstimulerande oxytocinbehandling, sugklocka eller kejsarsnitt (Coulm et al., 2012; Zeitlin et al., 2009). Varje intervention kan i sig leda till oönskade effekter som i sin tur kan leda till behov av ytterligare interventioner (Jansen et al., 2013).

Medicinsk & icke-medicinsk värkstimulering

Medicinska interventioner så som att manuellt ta håll på fosterhinnorna (amniotomi) samt genom behandling med syntetiskt oxytocin har traditionellt varit metoder för att värkstimulera vid värksvaghet. Värkstimulerande åtgärder syftar till att stimulera livmoderns sammandragningar i frekvens, intensitet och varaktighet (World Health Organisation, 2018). Målet med värkstimulering är att förkorta förlossningsprocessen för att undvika de komplikationer som en fördröjd förlossning kan leda till (World Health Organization, 2014). Interventionern tenderar att underminera den födandes egen förmåga att föda och har negativ påverkan på förlossningsupplevelsen (World Health Organisation, 2018). Det är därför viktigt att interventioner endast sätts in då det finns tydliga medicinska indikationer (Jansen et al., 2013; World Health Organisation, 2018).

De senaste decennierna har det arbetats fram icke-medicinska metoder för att få den fysiologiska förlossningsprocessen att fortgå (World Health Organisation, 2018). Att bada under förlossningen kan vara ett alternativ för att minska behovet av medicinska interventioner och samtidigt erbjuda en alternativ smärtlindringsmetod (Cluett et al., 2004). På samma sätt har användandet av pilatesboll visat sig ha positiv effekt både på smärta och förlossningens längd (Aslantaş & Çankaya, 2023). Upprätta positioner kan också leda till snabbare förlossningsprogress och mindre smärta (Al Aryani et al., 2022).

Syntetiskt oxytocin

Oxytocin som ges som värkstimulerande infusion är en läkemedelssubstans som är syntetiskt framställd. Läkemedelsprodukten kan benämnas både Oxytocin och Syntocinon (Läkemedelsverket, 2021). Syntetiskt oxytocin stimulerar till sammandragningar av livmodern på samma sätt som det endogena oxytocinet gör. Däremot passerar det syntetiska oxytocinet inte blod-hjärnbarriären och påverkar därmed inte den födandes känslor och beteende (Uvnäs-Moberg et al., 2019). År 2021 behandlades mer än hälften av alla förstföderskor med spontan förlossningsstart med oxytocin, vilket var mer än tre gånger så mycket som motsvarande andel hos omföderskor (Graviditetsregistret, 2022).

Syntetisk oxytocin används i allt större utsträckning över hela världen (Bernitz et al., 2014; Selin et al., 2009) och är idag ett av de läkemedel som används mest inom förlossningsvården (Daly et al., 2020). Läkemedelsbehandlingen reducerar tiden till framfödandet, vilket för vissa

födande kan vara av stor vikt (Bugg et al., 2013). Behandlingen kan vara fördelaktig men kan vid olämplig användning leda till risker för både födande och barn (Daly et al., 2020; Graviditetsregistret, 2022; World Health Organization, 2014). Värkstimulering med oxytocin kan leda till ökad risk för överstimulering av livmodern, fosterasfyxi och livmoderruptur. Oxytocinbehandling ska därför ske med försiktighet och endast vid tydlig medicinsk indikation (Socialstyrelsen, 2011; World Health Organization, 2014).

Trots att läkemedlet använts i klinisk verksamhet i nästan 70 år (Vigneaud et al., 1953) råder det en oenighet kring behandlingsindikation samt behandlingsregim (Daly et al., 2020). Behandlingsvariationen är stor, både mellan länder men även mellan kliniker inom samma land (Daly et al., 2020). Enligt Graviditetsregistrets årsrapport över år 2021 skilde sig oxytocinanvändningen från 46% till 70% mellan förlossningsklinikerna med lägst respektive högst användning för förstföderskor med spontan förlossningsstart i Sverige (Graviditetsregistret, 2022).

Styrdokument inom förlossningsvården

I Sverige finns det idag totalt 43 förlossningskliniker från Ystad i söder till Sunderby i norr. Dessa kliniker skiljer sig i organisation, bemanning samt i antal förlossningar. Svensk förlossningsvård har goda medicinska utfall med en perinatal dödlighet på 0,5% och en mödradödlighet på lägre än 4 av 100 000 graviditeter och förlossningar (Socialstyrelsen, 2022). Ett av målen i hälso- och sjukvårdslagen är vård på lika villkor för hela befolkningen (Hälso- och sjukvårdslagen, 2017). I vårdsammanhang benämns kliniska riktlinjer som Promemoria (PM) och har blivit standard på medicinska verksamheter såväl nationellt som internationellt (Woolf et al., 1999). Barnmorskans kompetensområde innefattar att arbeta i enlighet med gällande författningar samt nationella och lokala riktlinjer (Svenska Barnmorskeförbundet, 2019). År 2020 framkom det att det fanns 36 specifika PM gällande oxytocinbehandling vid värksvaghet, på de då 46 förlossningsklinikerna i Sverige (Berg & Striegel, 2020).

PROBLEMFÖRMULERING

Förlossningsvården och barnmorskans främsta uppgift är att främja den normala förlossningsprocessen och minimera behovet av interventioner. Oxytocinbehandling ska endast användas vid tydlig medicinsk indikation. Enligt den senaste årsrapporten från Graviditetsregistret skiljer sig frekvensen av oxytocinbehandling från 46% till 70% mellan förlossningsklinikerna med lägst respektive högst användning för förstföderskor med spontan förlossningsstart i Sverige. Det finns idag ingen känd förklaring till skillnaderna i behandlingsfrekvens. Denna studie vill undersöka vilka faktorer som påverkar insättandet av oxytocin vid värksvaghet hos förstföderskor utifrån riktlinjer och barnmorskors erfarenheter.

SYFTE

Att undersöka faktorer som kan påverka insättningen av oxytocin på de förlossningsklinikerna i Sverige med lägst respektive högst behandlingsfrekvens.

METOD

Design

Författarna valde att besvara syftet genom två olika metoder. Båda delarna var av *kvalitativ, komparativ design*.

- Granskning av PM som analyserades med deskriptiv dokumentanalys. Förlossningsklinikernas PM gällande “oxytocinbehandling vid värksvaghet” undersöktes. Denna del beskrivs i arbetet under rubriken “*PM*”.
- Intervjuer som analyserades med innehållsanalys med induktiv ansats. Enskilda semistrukturerade intervjuer med barnmorskor genomfördes. Denna del beskrivs i arbetet under rubriken “*Intervjuer*”.

Förlossningsklinikerna valdes utifrån Graviditetsregistret årsrapport över 2021 (Graviditetsregistret, 2022). Förlossningsklinikerna har grupperats och benämnts “grupp låganvändning” samt “grupp höganvändning”.

Urval

PM

Förlossningsklinikerna valdes av författarna i egenskap av att de var de tre förlossningskliniker med lägst andel oxytocinanvändning och de tre förlossningskliniker med högst andel oxytocinanvändning. Inklusionskriterierna var att PM:en skulle beröra “oxytocinbehandling vid värksvaghet” hos förstföderskor med spontan förlossningsstart, att klinikerna hade en öppen förlossningsavdelning, att PM:en var de aktuella som användes kliniskt i verksamheten samt att de vända sig till barnmorskor.

En förlossningsklinik som från början var tänkt att ingå i studien hade stängt och blev därmed exkluderad. Författarna tillfrågade i stället den klinik som låg efter denna i Graviditetsregistrets årsrapport.

Intervjuer

Inklusionskriterierna var att intervjudeltagarna skulle vara legitimerade barnmorskor samt arbeta kliniskt inom förlossningsvården på någon av de kliniker som deltog i studien. Exklusionskriterierna var att deltagarna inte fick arbeta på samma förlossningsklinik, arbeta som avdelningschef eller inom ledningen på förlossningskliniken.

Datainsamling

PM

Kontaktuppgifter till avdelningscheferna på förlossningsklinikerna togs fram genom att ringa växeln på respektive förlossningsklinik. Mejl (Bilaga 1) skickades därefter till avdelningscheferna där cheferna ombads skicka deras PM som berörde oxytocinbehandling vid värksvaghet, om de ville delta i studien. Samtliga tillfrågade förlossningskliniker valde att delta.

Intervjuer

I samma mejl där klinikernas PM efterfrågades, framgick ett önskemål om att intervjua en barnmorska från deras klinik. Chefen ombads skicka ett mejl till sina anställda barnmorskor med "Information till deltagare" (Bilaga 2), som författarna bifogat i mejlet. Fem barnmorskor hörde av sig via mejl, två från grupp höganvändning och tre från grupp låganvändning. En barnmorska tog själv kontakt med författarna medan de övriga barnmorskorna anmälde intresse för att delta via sin avdelningschef. En barnmorska ur grupp låganvändning exkluderades då hon också arbetade som chef på en av förlossningsklinikerna. Intervjudelen innefattade därmed fyra intervjuer.

Enligt Henricsson (2023) ger enskilda intervjuer ett innehållsrikt material med ett djup. I semistrukturerade intervjuer används förutbestämda frågor som syftar till att intervjun behandlar det valda ämnet (Polit & Beck, 2021). En intervjuguide (Bilaga 3) arbetades fram och en pilotintervju hölls. Samtliga frågor kändes relevanta under pilotintervjun. Pilotintervjun har inte använts i resultatet.

Intervjuer hölls med deltagarna under hösten 2023. Deltagarna kunde välja att delta via Teams, Zoom eller telefon. Två deltagare valde att delta via Teams, en via Zoom och en via telefon. Båda författarna närvarade vid samtliga intervjuer. Under varje intervju hade en av författarna en mer ledande roll och den andra en mer passiv lyssnade roll. Den passiva fick vid behov ställa följdfrågor. Författarna valde att dela upp den ledande rollen så att båda intervjuade en barnmorska var från grupp låganvändning och grupp höganvändning. Intervjuerna varade i 20–30 minuter. Ljudinspelning gjordes direkt i Zoom- och Teams-programmen och intervjun som hölls över telefon spelades in direkt på telefonen med hjälp av applikationen "Röstmemon". Materialet transkriberades av båda författarna samma dag vilket Henricson och Bilhult (2017) rekommenderar.

Dataanalys

PM

Innehållet i PM:en analyserade med dokumentanalys med deskriptiv ansats. Materialet bearbetades med inspiration från READ-modellen (Ready materials, Extract data, Analyse data, Distil), som utgör en steg-för-steg guide för att på ett systematisk sätt genomföra

dokumentanalys med kvalitativ ansats. READ modellen innebär att (1) läsa materialet, (2) extrahera data, (3) analysera data och (4) destillera resultaten (Dalglish et al., 2020).

Steg 1. PM:en skrevs ut och lästes igenom noggrant, från början till slut för att få en övergripande förståelse. **Steg 2.** Data extraherades därefter med hjälp av en kodningsguide. Kodningsguiden utarbetades med ett induktivt tillvägagångssätt, ett PM gällande oxytocinbehandling ”vid värksvaghet” från en förlossningsklinik som inte ingick i studien samt Socialstyrelsens PM ”Oxytocin för värkstimulering vid värksvaghet”, lästes igenom rad för rad för att identifiera ”kategorier av intresse” för syftet. Kodningsguiden testades sedan på ett av PM:en för att avgöra om de framtagna kategorierna svarade an till syftet. Författarna exkluderade därefter ett antal ”kategorier av intresse” då dessa inte ansågs relevanta. Kodningsguiden användes sedan för att extrahera datan från samtliga PM, vilket sammanställdes gruppvis i två dataextraktionstabeller (Bilaga 4). **Steg 3.** För att få en helhetssyn på PM:ens "svar" på de ”kategorier av intresse” som tillämpades under dataextraktionen, utgick författarna från ett antal analysfrågor som rekommenderas enligt READ-modellen. Enligt Dalglish et al. (2020) kan svaren på frågorna nedan hjälpa till att analysera materialet och hitta vilken variation som finns mellan dokumenten. Frågorna har därmed använts som ett verktyg i analysprocessen och frågorna i sig kommer inte att besvaras i resultatet. Frågorna är fritt översatta från engelska till svenska av författarna:

Hur skiljer sig dokumenten när det gäller utformning, längd och utseende?

- Vilken visuell information kan du hitta i dokumenten (diagram och grafer, bilder etc.)?
 - Hur skiljer sig dokumenten i förhållande till innehållet?
 - Hur diskuteras samma frågor på olika sätt över dokument?
- Hur är dokument lika eller olika inom olika ämnesområden?
 - Vem har utformat dokumentet och för vem?

I arbetet med analysfrågorna behövde författarna återigen läsa igenom PM:en i sin helhet men med olika fokus, såsom *utformning*, *utseende* och *visuell information*. Författarna bearbetade texterna var och en för sig och skrev samtidigt ner minnesanteckningar för att sedan jämföra dessa sinsemellan. Analysfrågorna som rörde *innehållet* i dokumenten och hur dessa *skilde sig åt* krävde att författarna systematiskt gick igenom mening för mening i dataextraktionstabellerna (Bilaga 4) och färgmarkerade vad PM:en hade gemensamt för att på

så vis även tydliggöra vad som var olikheterna. När samtliga analysfrågor var besvarade bearbetades minnesanteckningar och informationen från dataextraktion-tabellerna om till en sammanfattande text. **Steg 4.** Därefter gick författarna igenom den sammanfattande texten var och en för sig för att själva plocka ut vad som ansågs vara de viktigaste olikheterna mellan grupperna. I detta steg framkom faktorer som kunde påverka insättandet av oxytocin och därmed besvara studiens syfte.

Intervjuer

Intervjumaterialet har bearbetats med hjälp av en innehållsanalys med induktiv ansats. Med innehållsanalys kan likheter och skillnader kodas och kategoriseras (Graneheim & Lundman, 2004). Vid innehållsanalys ska enligt Graneheim & Lundman (2004) datan läsas igenom upprepade gånger för att få en känsla för helheten. De transkriberade intervjuerna lästes igenom flera gånger av båda författarna för att få en djupare förståelse av materialet och skapa en helhetsbild. Efter detta togs meningsbärande enheter ut, vilket var meningar med information som var relevanta för syftet. Den omgivande texten togs med i detta steg så att sammanhanget kvarstod. De meningsbärande enheterna kondenserades därefter i syfte att korta ned texten men ändå behålla betydelsen. Därefter abstraherades de kondenserade meningarna till koder. De olika koderna jämfördes sedan med varandra för att upptäcka likheter och olikheter och sorterades in i sju subkategorier och tre kategorier. Exempel på hur innehållsanalysen utförts ses i Tabell 1 samt mer utförligt i Bilaga 5. Enligt Graneheim & Lundman (2004) återspeglar subkategorierna och kategorierna det manifesta budskapet i intervjuerna.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
“Är det klart man blir stressad över hela situationen att ha många patienter samtidigt, att det också kan påverka att man är lite snabbare med att koppla ett dropp, än vad man hade behövt vara. Eller att det liksom är en enklare, snabbare åtgärd än att prova vissa andra grejer, om man har mycket att göra, för man kan koppla ett dropp och man kan hålla koll på sitt CTG ute, man kan ha koll på värkarna ute”	Stress över arbetssituationen kan påverka att man kopplar dropp tidigare då det är en enkel åtgärd.	Arbets-situationen	Arbetsbelastning	Arbetsplatsens förutsättningar

Tabell 1. Exempel på författarnas innehållsanalys av intervjumaterial.

Etiskt övervägande

Studier på magisternivå kräver ingen etisk prövning från en etisk kommitté (Lag om etikprövning av forskning som avser människor, 2003).

Vetenskapsrådet har tagit fram övergripande etiska förhållningssätt som forskare ska ta hänsyn till. Informationskravet, det första kravet, innebär att potentiella deltagare ska informeras om studiens syfte (Vetenskapsrådet, 2017). I enlighet med detta krav bifogade författarna ett informationsmejl som innehöll information om studiens syfte samt att deltagandet var frivilligt (Bilaga 2). Inför intervjun tillfrågades deltagaren om de hade läst informationsbrevet och om personen inte gjort det informerades denna om studiens syfte. Samtyckeskravet, det andra kravet, innebär att det ska vara helt frivilligt att delta i en undersökning (Vetenskapsrådet, 2002). Innan intervjuerna startade frågade författarna därför deltagarna om de samtyckte till att delta i studien. Deltagarna fick både skriftlig och muntlig information om att de när som helst under studiens gång kunde välja att avbryta sitt deltagande. Konfidentialitetskravet, det tredje kravet, innebär att deltagarna inte ska gå att identifiera samt att uppgifter om deltagarna inte får lämnas vidare till någon annan (Vetenskapsrådet, 2002). Intervjuerna spelades in för att transkriberingen skulle bli så ordagrann som möjligt och att analysen av resultatet skulle bli korrekt. Varje intervjuperson blev förfrågad vid intervjutillfället om de accepterade att intervjun spelades in och författarna förklarade att inspelningen endast skulle användas till transkribering. Efter transkriberingen tilldelades intervjupersonerna fiktiva namn. Med hänsyn till de få intervjudeltagare studien hade, valde författarna att gruppera deltagarna i "grupp låganvändning" och "grupp höganvändning". På samma sätt har klinikerna som deltar i studien grupperats för att inte peka ut en specifik förlossningsklinik. Ljudfiler och transskript har delats mellan författarna i Karolinska institutets Onedrive molntjänst, som kräver tvåstegsverifiering vid inloggning. Varken ljudfiler eller transskript har laddats ner till privata enheter. Nyttjandekravet, det fjärde kravet, beskriver att information insamlad om personer endast får användas i forskningsändamål (Vetenskapsrådet, 2002). Ljudfiler och transskript har därför enbart använts inom studiens ramar. Ljudfiler samt transkriberingar kommer förstöras när arbetet är godkänt.

RESULTAT

Studiens resultat presenteras under rubrikerna PM och Intervjuer. Resultatet kommer att presenteras utifrån de faktorer som skulle kunna påverka insättningen av oxytocin. För att behålla anonymitet beskrivs förlossningsklinikerna i två grupper. De citeras nedan som *Grupp låganvändning* alternativt *Barnmorska, grupp låganvändning* och *Grupp höganvändning* alternativt *Barnmorska, grupp höganvändning*.

PM

Sex PM som berörde oxytocinbehandling vid värksvaghet granskades (Bilaga 6). Analysen visade att samtliga PM var olika gällande format, layout och innehåll. Inget av de PM som granskats hade samma titel och rubrikerna skilde sig i namn och antal. Alla PM var utformade av läkare, ett PM utmärkte sig då barnmorskor varit med och tagit fram informationen. Fyra av sex PM refererade till Socialstyrelsens "Indikation för stimulering under aktiv förlossning", ett PM i grupp höganvändning saknade referat och ett PM ur grupp låganvändning refererade till region Stockholms "Kunskapsstöd för vårdgivare". Vid granskning av PM:en framkom fyra faktorer som kan påverka behandling med oxytocin. Dessa faktorer var; *Olika definitioner av värksvaghet*, *Olika förutsättningar för att starta behandling*, *Läkarkontakt initieras vid olika skeden* och *Kontraindikationer & risker* (Figur 1). Utöver dessa faktorer presenteras annan intressant information under rubriken *Övrig information*.

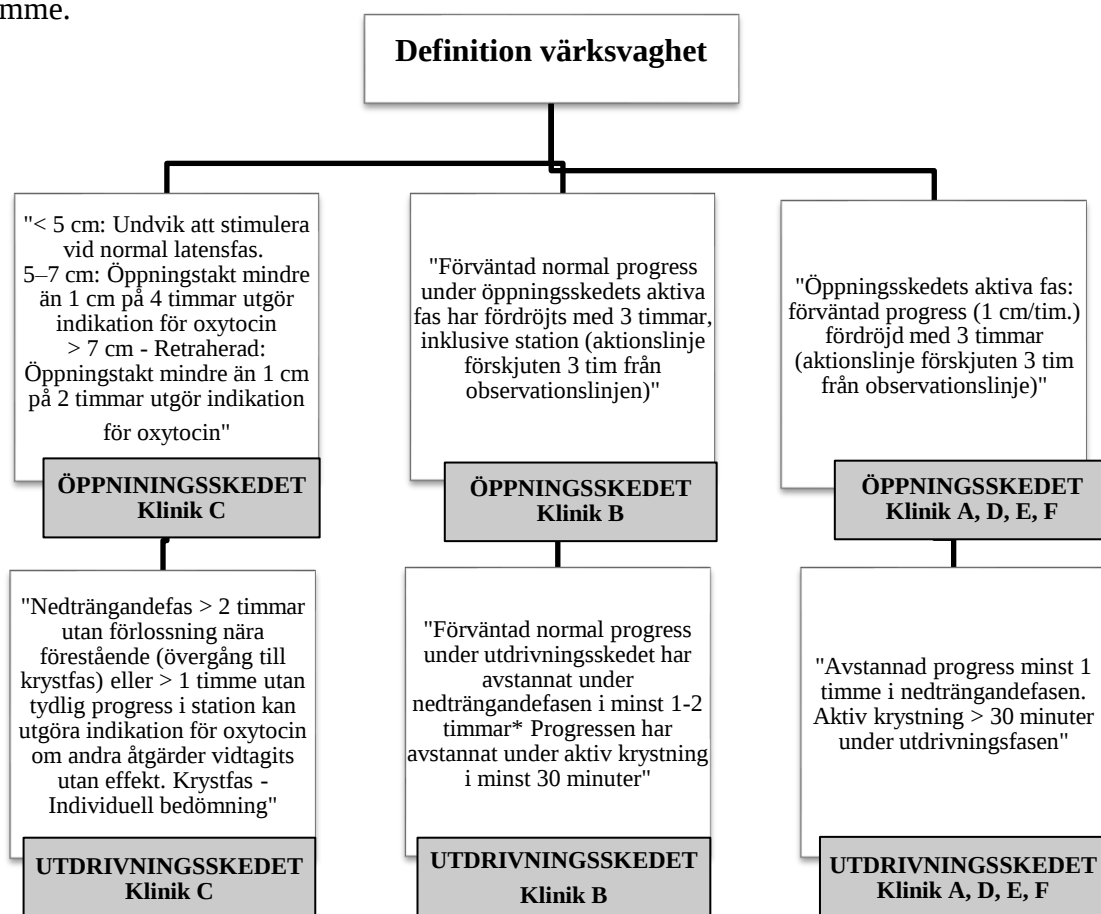


Figur 1. Faktorer i förlossningsklinikernas PM som kan påverka oxytocinbehandling

Olika definitioner av värksvagheter

Tre olika definitioner av värksvagheter framkom vid granskningen (Figur 2). Fyra PM, ett ur *grupp låganvändning* och tre ur *grupp höganvändning* hade identiska definitioner. Ett PM i *grupp låganvändning* hade samma definition som dessa men med en modifikation. Det tredje PM:et i *grupp låganvändning* utmärkte sig med en helt annan definition. Definitionen i nedträngandefasen skiljer sig mellan grupperna och i *grupp låganvändning*. Tiden som förlossningsprocessen får vara avstannad innan det definieras som att värksvagheter är längre i *grupp låganvändning*.

De tre definitionerna som presenteras i figur 2 motsvarade varsitt PM i *grupp låganvändning*. Enligt ett PM definierades värksvagheter; när processen varit avstannad i mer än 2 timmar, i det andra PM:et; efter minst 1–2 timmar och i det tredje PM:et; efter minst 1 timme. I *grupp höganvändning* hade samtliga kliniker samma definition (den sista definitionen i Figur 2). Värksvagheter i nedträngandefasen definieras där som när processen varit avstannad i minst 1 timme.



Figur 2. Presentation av de olika definitionerna på värksvagheter i grupp låg (A,B,C) - respektive höganvändning (D,E,F)

Olika förutsättningar för att starta behandling

Förutsättningar för behandling beskrevs vara de åtgärder som skulle vara utförda innan behandling med oxytocin kunde påbörjas vid en konstaterad värksvaghet (Tabell 2).

Resultatet visade att *grupp låganvändning* hade fler förutsättningar att förhålla sig till inför behandling, till exempel; *Disproportion bedöms vara mindre sannolikt* och *Göra den födande delaktig*. Ett PM i *grupp höganvändning* utmärkte sig med endast två förutsättningar för att starta behandling.

Tabell 2. Förutsättningar för behandling i grupp låg (A,B,C) - respektive höganvändning (D,E,F)

FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR BEHANDLING						
PM	A	B	C	D	E	F
Indikation för behandling	X	X	X	X	X	X
Amniotomi om inte hinnbristning skett spontant	X	X	X	X	X	X
Risk för asfyxi ska uteslutas	X	X	X		X	X
Värksvaghet ska föreligga	X	X	X		X	X
Göra den födande delaktig		X	X			
Epiduralanestesi inte är indikation för rutinmässig behandling med oxytocin			X			
Disproportion bedöms vara mindre sannolikt 1/3		X				
Förväntad normal progress under utdrivningsskedet har avstannat under nedträngandefasen i minst 1–2 timmar 1/3		X				

Läkarkontakt initieras vid olika skeden

Samtliga PM beskrev när läkarkontakt skulle initieras (Tabell 3). I *grupp låganvändning* behövdes alltid läkarordination inför behandling, oavsett öppnings- eller utdrivningsskede.

I *grupp höganvändning* skiljde det sig mellan PM:en. Enligt ett PM behövdes läkarkontakt för ordination inför behandling i öppningsskedet. Ett annat PM beskrev att droppet kunde startas förutsatt att "förutsättningar för behandling" var uppfyllda, förutsättningarna anges i Tabell 3. Två av tre PM beskrev att oxytocinbehandling utan läkarordination får initieras upp till 180 ml/h såvida förutsättningarna var uppfyllda i utdrivningsskedet. Det tredje PM:et nämnde aldrig ordet ordination utan beskrev i stället att förlossningsläkaren behövde informeras om att oxytocin startats i både öppnings- och utdrivningsskedet.

Tabell 3. Läkarkontakt inför behandling i grupp låg (A,B,C) - respektive höganvändning (D,E,F)

LÄKARKONTAKT INFÖR BEHANDLING						
	A	B	C	D	E	F
Öppningsskedet:						
Läkarkontakt krävs alltid	X	X	X		X	
Läkarkontakt krävs inte under förutsättning att...*						X
Läkare skall informeras om att behandling har startats				X		
Utdrivningsskedet:						
Läkarkontakt krävs alltid	X	X	X			
Läkarkontakt krävs inte under förutsättning att... **					X	X
Läkare skall informeras om att behandling har startats				X		

* Indikation dokumenteras, CTG inte inger misstanke om asfyxi, att hinnor är brustna innan stimulering samt att efter amniotomi ska barnmorskan avvakta 1 timme och cervixstatus ska vara oförändrat

** Värksvaghet föreligger, CTG klassificeras som normalt och inga andra komplikationer under graviditet eller förlossning

Kontraindikationer & Risker

Fem av sex PM nämner kontraindikationer med behandling av oxytocin i sina PM (Tabell 4). Samtliga PM tar upp risker med behandling (Tabell 4). I *grupp låganvändning* är informationen angående kontraindikationer och risker mer informativ.

“vid långsam progress vid eller efter 9 cm inklusive under utdrivningsskedet bör inge misstanke om felinställning eller disproportion. Försök att identifiera orsaken och vidta åtgärder därefter.” - PM, Grupp låganvändning

Kontraindikationer i övriga PM, oavsett grupp, beskrivs med ett ord utan förklaring, se Tabell 4. Ett PM i *grupp låganvändning* utmärker sig även med mer specifik information angående hypertont värkarbete som risk med behandlingen, PM:et beskriver att;

“värktimulering, med eller utan fosterljudspåverkan, medför att den fetala syremättningen successivt minskar och innebär en risk för utveckling av metabol acidosis. Hur länge det enskilda fostret har resurser att klara ett överstimulerat uterusarbete är individuellt. För att säkerställa att fostret får adekvat syresättning måste därför både värkfrekvensen och tillräcklig paus mellan värkarna beaktas” – PM, Grupp låganvändning

Denna information hittas inte i något annat PM oavsett grupp. Ett PM ur *grupp höganvändning* utmärker sig med att inte nämna kontraindikationer och risker specifikt. Informationen om en risk och en kontraindikation kan i stället hittas i löpande text.

Tabell 4. Kontraindikationer och risker i grupp låg (A,B,C) - respektive höganvändning (D,E,F)

KONTRAINDIKATIONER						
PM	A	B	C	D	E	F
Överkänslighet	X	X			X	X
Disproportion	X	X	X		X	X
Hypertona värkar	X	X		X	X	X
Misstanke om fosterasfyxi	X	X	X			

Övrig information *			X			
RISKER MED BEHANDLING						
Hypertont värkarbete	X	X	X	X	X	X
Lång infusionstid och hög totaldos innebär en risk för övervätskning p.g.a. oxytocinets antidiuretiska effekt	X	X	X		X	X

Övrig information

Grupp höganvändning hade ingen mer specifik information än vad Socialstyrelsen (2011) rekommenderar. I analysen fann författarna unik information i *grupp låganvändnings PM* som var intressant relaterat till studiens syfte, exempel på information följer nedan:

- Tillägg vid förklaring under nedträngandefasen

Ett PM i *grupp låganvändning* hade en stjärnmarkering med ett tillägg vid förklaring av nedträngandefasen. Detta tillägg beskrev att:

“variationen kan bero på längden på öppningsskedet, station av fosterhuvudet, om fosterhuvudet har ställt in sig gynnsamt i bäckeningången, behovet av paus för den födande och tid för att prova lägesförändringar”

- Förväntade effekter

Ett PM i *grupp låganvändning* beskrev förväntade effekter med fokus på vad evidensen sa om behandlingen. Förväntade effekter av behandlingen hittades inte i något annat PM.

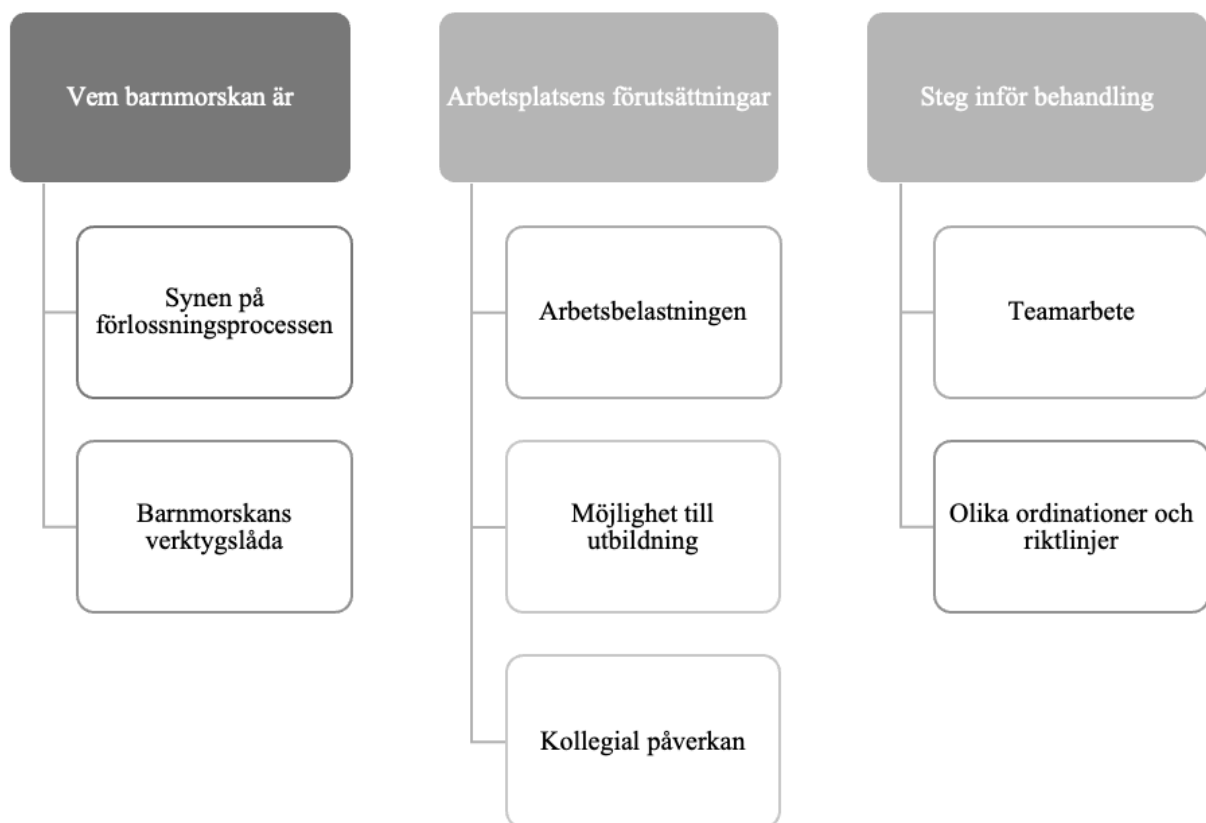
“Det finns evidens för att behandling med oxytocin förkortar förlossningsförloppet till vaginal förlossning. Det finns evidens för att behandling med oxytocin är förenat med ökad risk för fosterpåverkan vid överstimulering. Det finns ingen evidens för att behandling med oxytocin minskar eller ökar andelen kejsarsnitt. Det finns ingen evidens för att tidigt jämfört med sent insatt behandling minskar eller ökar andelen kejsarsnitt”

- Definition primär & sekundär värksvaghet

Ett bifynd vid granskning av kontraindikationer var att ett PM i *grupp låganvändning* hade en definition på primär och sekundär värksvaghet under rubriken "Differentialdiagnoser vid värksvaghet". Under sekundär värksvaghet beskrivs att "epidural, vätskebrist, energibrist, intensivt värkarbete i början av öppningsfasen, chorioamnionit eller lång latensfas" kan vara bidragande orsaker. Inget annat PM nämner detta".

INTERVJUER

Totalt intervjuades fyra barnmorskor som arbetade kliniskt på någon av de inkluderade förlossningsklinikerna. Antalet yrkesverksamma år som legitimerad barnmorska varierade mellan fyra och femton år bland deltagarna. På förlossningsklinikerna föddes mellan 2000–10000 barn per år. Tre kategorier och sju underkategorier arbetades fram vid analys av intervjumaterialet. Kategorierna var *Vem barnmorskan är*, *Arbetsplatsens förutsättningar* samt *Steg inför behandling* (Figur 3).



Figur 3. Kategorier och subkategorier från innehållsanalys av intervjumaterial

Vem barnmorskan är

Barnmorskornas eget förhållningssätt och egna tankar kring oxytocinbehandling samt den fysiologiska födelseprocessen speglade hur de valde att agera vid värksvaghet och oxytocinbehandling i stor utsträckning. De olika faktorerna som utmärkte sig var; *synen på förlossningsprocessen och barnmorskans verktyglåda.*

Synen på förlossningsprocessen

Det framkom i båda grupperna att synen på förlossningsprocessen påverkade om, hur eller när behandling sattes in. Barnmorskorna menade att det ibland fanns en känsla av att processen skulle snabbas på trots att det saknades indikation för behandling. Det upplevdes som en otålighet och att tilltron till den födandes förmåga att föda sviktade vilket ledde till att behandlingen startades tidigare än nödvändigt. Det beskrevs som att vissa barnmorskor inte problematiserade kring behandlingen och dess risker vilket ledde till att dessa barnmorskor hade lättare att starta oxytocinbehandling än andra. En annan återkommande syn var misstron till den födande och i synnerhet förstföderskors förmåga att föda utan medicinska interventioner, vilket ibland gjorde att droppet kopplades på snabbare och utan indikation.

“En otålighet eller att man har någon tanke om att det inte går och med en förstföderska utan ett syntdropp, eller att man har liksom... man tycker att det är svaga värkar fast man kanske inte riktigt har belägg för det och så...” - Barnmorska, grupp låganvändning

Även synen på styrkan och antalet värkar påverkade hur snabbt droppet kopplades in. En av barnmorskorna nämnde specifikt att hon upplevde att så snabbt den födande avvek från de “normala”, vilket beskrevs som 3 värkar på 10 minuter, kopplade vissa på ett dropp medan andra avvaktade. Hon menade att alla kvinnor inte föder och agerar på samma sätt under en förlossning och att det var viktigt att ha i beaktning.

Synen på den födande men även på sin egen roll som barnmorska vid förlossningen var faktorer som kunde skynda på processen. En av barnmorskorna nämnde att hon upplevde att många barnmorskor på hennes klinik talade om att de ”förlöser” kvinnorna i stället för att benämna det som att “bistå” den födande. Denna syn resulterade enligt henne i att de troligen

inte resonerade i samma utsträckning om varför progressen saktats ner eller hur de skulle kunna hjälpa den födande.

“Men hon är värksvag, vi kopplar på ett dropp, vi funderar inte så mycket varför hon är värksvag eller vad hon behöver för att frisätta det kroppsegna oxytocinet, nu ska hon bara föda barn här ja, på med droppet.” - Barnmorska, grupp höganvändning

En önskan om att skynda på processen tas upp i båda grupperna som en faktor som påverkade hur och när behandlingen startades. En barnmorska ur grupp höganvändning uppgav att oxytocinbehandling startats utan indikation många gånger och att det ofta sattes in “utifall att”. I grupp låganvändning nämnde en av barnmorskorna att oxytocininfusion som startades utan indikation var ovanligt men att det såklart hände. Hon menade att det kunde vara den egna känslan av att oxytocin troligen kommer behövas som påverkade och möjligen gjorde att behandlingen startades tidigare än vad som egentligen var motiverat.

Ett synsätt som fick barnmorskor att avvakta med oxytocinbehandling och i stället arbeta för att främja den fysiologiska födelseprocessen, var synen på den födande och kroppens egen förmåga. En barnmorska beskrev det som att “våga ha is i magen”, låta livmodern komma i kapp och främja det naturliga. Hon menade att om livmodern fick en chans så kunde det resultera i att kvinnan oftast kunde föda utan medicinska interventioner. Att barnmorskorna arbetade olika framkom flertalet gånger under analysen. Barnmorskorna menade att vissa är mer aktiva med att vilja få processen att gå framåt med hjälp av interventioner medan andra vågade avvakta.

“sen är det ju väldigt olika hur man är som barnmorska, även om jag tror att de flesta ändå jobbar ganska lika så är vissa mer aktiva och vissa är mer passiva”

- Barnmorska, grupp låganvändning

Även synen på värksvaghet som definition skilde sig mellan barnmorskorna. En barnmorska beskrev värksvaghet mer komplext och förklarade att livmodern inte orkade kontrahera sig tillräckligt för att trycka barnet nedåt, hon nämnde dock att en avstannad progress kunde bero på andra saker, som feber, epiduralanestesi eller en lång förlossning och att detta var viktigt

att ha i beaktning. En annan barnmorska beskrev det som att det inte händer någonting, att det är samma status oavsett och att det utgår från en förväntad progress på 1 cm/h.

Synen på förlossningsprocessen påverkade när oxytocinbehandling sattes in. När behandlingen sattes in varierade från barnmorska till barnmorska i de olika grupperna men även på de olika förlossningsklinikerna.

Barnmorskans verktyglåda

Barnmorskorna upplevde att de behövde vara aktiva och arbeta förebyggande för att minimera risken för värksvaghet hos den födande. En av barnmorskorna benämnde det som hennes verktyglåda vilket författarna märkte att resterande barnmorskor också talade om. Det var åtgärder som kunde användas när de upplevde att progressen avtog eller för att minimera risken att den skulle avta. Verktygen kunde vara allt ifrån att våga vänta och utvärdera progressen till att aktivera den födande på olika sätt innan de kopplade på ett dropp. Det var tydligt i båda grupperna att de använde sig av sin verktyglåda innan eventuell behandling.

“Och skulle jag tycka att det skulle avta i progress och att man tänker att det finns risk för att det skulle kunna bli en värksvaghet är man ännu mer aktiv med de här åtgärderna. Och annars i andra hand så gör jag mer medicinska åtgärder som amniotomi eller eventuellt dropp om det verkligen behövs. Men det är ju inte förstahandsalternativet.”

- Barnmorska, grupp låganvändning

Barnmorskornas “verktyg” skilde sig mellan de olika klinikerna och framförallt tre av barnmorskorna talade om icke-medicinska åtgärder som lägesändringar, spinning babies och upprätta positioner som något viktigt. Det var även tydligt att detta var barnmorskornas förstahandsalternativ före medicinska åtgärder och de betonade flertalet gånger att de testade dessa åtgärder först, utvärderade progressen och testade igen. Två av barnmorskorna, en från vardera grupp, pratade om oxytocinhöjande åtgärder. De nämnde bland annat närhet, kärlek, näring och sänkt belysning som ett steg för att undvika värksvaghet från första början. De betonades att dessa åtgärder och tankesätt tillsammans med att aktivera den födande med

spinning babies var av stor vikt och en barnmorska kom specifikt in på att hon upplevde att dessa åtgärder var minst lika effektiva som ett oxytocindropp.

“Jag tänker såhär, att upprätta positioner och att man liksom jobbar aktivt under förlossningen är ju det som är det absolut allra största framgångsfaktorn för att liksom få en förlossning att gå framåt och oavsett om man skulle ha en ryggbedövning eller hur det nu än är, så är ju det minst lika effektivt som att koppla ett syntocindropp”

- Barnmorska, grupp låganvändning

En av barnmorskorna i grupp höganvändning nämnde att de amniotomerar den födande som en första åtgärd i många fall och reflekterade själv över att de ibland var lite för snabba med denna åtgärd. Hon menade att de hade en önskan om att vara aktiva och hon nämnde att de försökte göra positionsändringar men återkom till att de oftast var amniotomi de tog till vilket resulterade i att de sedan behövde ta till fler medicinska åtgärder som bland annat oxytocindropp.

“Alltså det vi hade kunnat bli bättre på där då, det kanske är liksom verkligen motivera och få en optimal smärtlindring än att dom ligger liksom ner som en fiolsträng och liksom det händer ingenting... att dom kanske är avslappnade då och att det kanske blir lite mer positions ändringar, att det kanske blir att vi gör en amniotomi på bättre grunder och sånt.”

- Barnmorska, grupp höganvändning

Verktygslådan visade sig ha betydelse för när behandlingen sattes in och hur barnmorskorna agerade innan en eventuell behandling. För vissa barnmorskor var verktygen icke-medicinska åtgärder medan de för andra barnmorskor var medicinska åtgärder.

Arbetsplatsens förutsättningar

En faktor som visade sig tydligt under bearbetningen av intervjumaterialet var att förutsättningarna barnmorskan hade på arbetsplatsen påverkade oxytocinanvändandet. Orsaker som påverkade förutsättningarna kunde delas upp under *arbetsbelastning, möjlighet till utbildning och kollegial påverkan*.

Arbetsbelastning

Samtliga barnmorskor hade en gemensam syn på att en hög arbetsbelastning påverkade att oxytocin användes i en högre utsträckning. När de hade fler födande samtidigt eller var underbemannade fanns det en tendens att koppla på droppet snabbare än annars.

“Klart man blir stressad över hela situationen att ha många patienter samtidigt, att det också kan påverka att man är lite snabbare med att koppla ett dropp, än vad man hade behövt vara. Eller att det liksom är en enklare, snabbare åtgärd än att prova vissa andra grejer, om man har mycket att göra, för man kan koppla ett dropp och man kan hålla koll på sitt CTG ute, man kan ha koll på värkarna ute” - Barnmorska, grupp låganvändning

Oxytocinbehandling verkade vara en nyckel till att inte behöva vara på rummet hos den födande, vilket upplevdes förenkla i stressade, underbemannade situationer. På en av förlossningsklinikerna med hög användning framkom det att dem under de senaste åren varit underbemannade och haft mycket hyrpersonal. Barnmorskan nämnde flera gånger att vissa åtgärder utfördes för att kunna koppla upp den födande till kontinuerligt CTG och på så vis kunna hålla koll utan att vara fysiskt på rummet. Att inte vara inne hos den födande påverkade barnmorskornas övriga åtgärder som att förebygga och förhindra värksvaghet och det problematiserades i båda grupperna.

“Och andra sidan kan det ju också vara hög arbetsbelastning, mindre närvaro, mindre trygg kvinna, mindre sämre smärtlindrad. För närvaro vet vi är den bästa smärtlindringen. Ja, och då får vi en otrygg kvinna som inte vågar slappna av, vill inte släppa fram sin bebis och så blir det en högre användning av dropp kanske” - Barnmorska, grupp höganvändning,

Barnmorskan reflekterade över att kliniken hon arbetade på var en av de klinikerna med hög användning av oxytocin. Hon menade att närvaro hos den födande var av stor vikt av många olika anledningar, inte främst för att undvika värksvaghet. Det framkom tydligt att det varit ett problem med hög arbetsbelastning i grupp höganvändning medan grupp låganvändning mer reflekterade över att arbetsbelastningen kunde påverka användandet av oxytocin åt det högre hållet. En av barnmorskorna i grupp låganvändning nämnde att de arbetat aktivt för att inte bli som en “fabrik”. Hon menade att de trots ett högre antal förlossningar per år ändrat tankesättet och försökte jobba mer aktivt utan att stressa på förloppet för den födande. Hon var även den

enda barnmorskan som nämnde att de var restriktiva till oxytocinbehandling på kliniken hon arbetade på. Trots detta resonemang blev det tydligt i resultatet att stressen över att den födande behöver föda "nu" ofta gjorde att beslutet att starta behandling togs snabbare vid hög arbetsbelastning på samtliga förlossningskliniker. Barnmorskorna nämnde att det inte alltid fanns utrymme att avvakta på grund av yttre omständigheter, även fast de visste att den födande troligtvis skulle kunna föda utan ett värkstimulerande dropp.

"Kanske inte att det är helt utan indikation, men kanske lite tidigt, Absolut, och det kan jag själv känna i vissa gånger att man, det beror väldigt mycket på hur... Nej, men hur många patienter man har själv och hur arbetsbelastningen ser ut på avdelningen"

- Barnmorska, grupp låganvändning

Av de fyra barnmorskor som intervjuades framkom arbetsbelastningen framför allt vara ett problem på de klinikerna i grupp höganvändning. Det beskrev själva att de varit mycket hyrpersonal och inte tillräckligt bemannade de senaste åren. En barnmorska ur grupp höganvändning beskrev det själv som att de *"knappt haft full kontroll"*.

Möjlighet till utbildning

Båda barnmorskorna från grupp låganvändning tog upp att de fått utbildning i icke-medicinska metoder såsom spinning babies, föda utan rädsla och vattenförlossning. På en klinik framkom det även att de hade fokusmånader under året där temat till exempel kunde vara vattenförlossning eller naturlig födsel. En barnmorska resonerade kring att möjligheten till utbildning i dessa moment kunde vara en anledning till deras lägre behandlingsfrekvens. Barnmorskan nämnde att utbildningarna de haft blivit till kunskap som hon och hennes kollegor sedan använt i sin verktygslåda hos den födande i stället för medicinska åtgärder.

"I stället ska vi bli svinproffsiga på att liksom hjälpa barn fram utan det där, för det är ju det är ju vårt kompetensområde och handlägga normala förlossningar och det är inte det är inte när man har ett syntdropp tänker jag" - Barnmorska, grupp låganvändning

I resultatet tydliggjordes möjligheten till utbildning som en faktor som kan leda till lägre användning av oxytocin i de fall där barnmorskan fått utbildning i andra metoder. Ingen av barnmorskorna i grupp höganvändning nämnde möjlighet till utbildning under intervjuerna.

Kollegial påverkan

En faktor som framkom i resultatet och speglade vilka förutsättningar barnmorskan hade var den kollegiala påverkan, det vill säga om det var högt eller lågt i tak på arbetsplatsen. Den kollegiala påverkan kunde vara av positiv och negativ bemärkelse och både vara hjälpsam och stödjande. Barnmorskorna i grupp låganvändning ingav en känsla av att det var högt i tak och accepterat att säga vad man tyckte och tänkte på deras arbetsplatser. De ansåg att det fanns en kultur att ha en dialog med sina kollegor angående olika situationer och vid värksvaghet kommunicerades ofta tankar och idéer öppet med olika yrkesgrupper om barnmorskan själv körde fast.

“Nej men det är inte så att bara för att den kollegan som är, har mer erfarenhet, att det är det man går efter, skulle jag inte säga. Utan det är liksom alltid en dialog och man kan ofta jämkra tycker jag. Utan man går inte bara på den personens åsikter som har mest erfarenhet”

- Barnmorska, grupp låganvändning

En av barnmorskorna i grupp låganvändning beskrev att alla åsikter hade lika värde så länge de argumenterade för sin sak och kunde motivera sitt val. Förutsättningar att agera på olika sätt accepterades och delades med varandra vilket inte framkom i grupp höganvändning på samma sätt. En av barnmorskorna i grupp höganvändning problematiserade att det skapats en kultur som de nya barnmorskorna sedan introduceras i vilket i sin tur upplevdes vara en orsak till att kulturen bevaras och inte förändras. Det fanns en känsla hos barnmorskan av att det inte var accepterat att resonera annorlunda och att denna kultur kunde påverka till tidigare insättning av oxytocin än vad barnmorskan själv tänkt.

“Ja, det är många gånger man kanske inte har kopplat ett dropp och så kommer andra barnmorskan in och tycker att det ändå är lite glest mellan värkarna och tycker man ska koppla ett dropp...” - Barnmorska, grupp höganvändning

Den kollegiala påverkan men även rätten att argumentera för sin sak påverkade barnmorskans agerande vid värksvaghet. Resultatet speglade att en god dialog där olik tänkande var accepterat hade stor vikt för barnmorskan.

Steg inför behandling

Under bearbetning av intervjumaterialet framkom att de olika stegen barnmorskorna tog vid misstanke och/eller konstaterad värksvaghet skiljer sig mellan förlossningsklinikerna. Alltifrån hur de samarbetar med övriga professioner till läkarkontakt för ordination och klinikkens egna riktlinjer kring behandlingen.

Teamarbete

När värksvaghet konstaterats uppgav tre av barnmorskorna teamets betydelse. I grupp låganvändning var det mer norm än undantag att konsultera med sitt team, det vill säga undersköterskan, koordinatören eller en annan barnmorska för att på så vis komma fram till en eventuell åtgärd.

“Det är inte så att man bara går in och kopplar dropp, utan kopplar ett dropp så är det ändå såhär... man diskuterar det med sina kollegor eller med koordinatören i alla fall och det är inte så bara “nu går vi in och hänger ett dropp” och att man liksom informerar koordinatören om det, utan då har man ofta en diskussion innan.” - Barnmorska, grupp låganvändning

Det framkom även att man bollade och kommunicerade mycket med sina kollegor för att komma på åtgärder och att detta var en självklarhet. En av barnmorskorna i grupp låganvändning ansåg att läkaren var den sista de konsulterade vid en eventuell värksvaghet där mor och barn mådde bra medan en av barnmorskorna i grupp höganvändning nämnde att läkaren var den första hon kontaktade vid värksvaghet. Hon nämnde det som något positivt att läkaren alltid fanns nära och att detta var ett bra stöd på arbetsplatsen.

“Vi arbetar ju jättenära läkarna, så även om det är normalt liksom och så, och saker vi får göra, så är jämt läkaren med och involverad i allting.” - Barnmorska, grupp höganvändning

Alla barnmorskor hade en inställning om att ett gott teamarbete var ett viktigt steg inför behandlingen. Resultatet visade att teamarbetet skilde sig mellan grupperna. Grupp låganvändning konsulterade oftare med andra barnmorskor i första hand medan grupp höganvändning beskrev ett samarbete med läkaren i första hand.

Olika ordinationer och riktlinjer

Samtliga barnmorskor uppgav att de kunde sitt PM för oxytocinbehandling vilket gjorde att de inte tog fram de fysiskt varje gång de skulle koppla oxytocindropp, de uppgav att de hade en god uppfattning om vad som stod i PM:et.

“...jag skulle inte säga att det är ett PM som jag tar upp dagligen, nej det skulle jag inte säga, kanske inte ens per månad.” - Barnmorska, grupp låganvändning

Samtliga barnmorskor nämnde att de använde PM mycket när de var nyutexaminerade eller nya på arbetsplatsen. I resultatet framkom att kontakt med läkare inför ordination av oxytocinbehandling skilde sig mellan grupperna. Grupp höganvändning behövde enligt barnmorskorna inte konsultera läkaren innan insättning utan kunde om allt var normalt sätta ett dropp och öka detta till 180 ml/h för att sedan konsultera läkaren. I grupp låganvändning behövdes alltid ordination inför behandlingsstart. Barnmorskorna i grupp låganvändning upplevde att detta var positivt.

“På vår klinik får vi inte koppla utan kontakt med förlossningsläkaren och jag tycker det är en bra grej, man ska använda oxytocin med liksom försiktighet... det är liksom ett bra extra säkerhetsfilter, att ha den... jag ska säga spärren eller den ja.. steget som man måste ta”.

- Barnmorska, grupp låganvändning

En barnmorska i grupp låganvändning beskrev att det fanns en tanke om att få koppla oxytocininfusion utan läkarordination skulle generera i en större självständighet vilket barnmorskan ställde sig frågande till.

“Men jag vet att det är många som liksom tycker att man ska koppla att vi att man ska liksom kunna göra det och om man tycker att det är en självständig grej och så där... men jag tänker att då tänker man ju liksom fel eller i min värld så tänker man lite tvärtom. Man tänker att man får en större självständighet och en större liksom inflytande på något vis fast det är ju inte det som ska vara det kompetensområdet” - Barnmorska, grupp låganvändning

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Enligt Mårtensson & Fridlund (2023) ska examensarbeten uppfylla god vetenskaplig kvalitet, vilket bygger på begreppen *trovärdighet, bekräftelsebarhet, pålitlighet* och *överförbarhet*. Studiens tillvägagångssätt har därför granskats utifrån dessa begrepp.

Design

PM & Intervjuer

Då syftet var att undersöka faktorer som kan påverka insättningen av oxytocin mellan förlossningsklinikerna med lägst respektive högst behandlingsfrekvens föll det sig naturligt att använda sig av en komparativ design. Den komparativa designen syftar till att nå förståelsen av fenomenet genom jämförelser av skillnader och likheter (Polit & Beck, 2021). En kvalitativ design strävar efter att förstå helheten av ett fenomen enligt Henricson & Bilhult (2017), vilket ansågs vara rätt design utifrån syftet.

Att förstå vad som påverkar insättningen av oxytocin är komplext och författarna var medvetna om att det fanns många olika infallsvinklar och aspekter som skulle kunna förklara varför situationen ser olika ut på förlossningsklinikerna. Ursprungstanken var att enbart granska förlossningsklinikernas PM men författarna insåg snabbt att intervjuer skulle bidra till en djupare och bredare förståelse om barnmorskornas egna erfarenheter, upplevelser och resonemang kring oxytocinbehandling framkom. Varvid en intervjudel inkluderades. Detta resulterade i en metodtriangulering. Polit & Beck (2021) menar att en metodtriangulering kan öka förståelsen av ett fenomen och även möjligheten att tolka resultatet. Författarna upplevde att studiens två metoder resulterade i en bredd och ett djup som studien troligtvis inte uppnått med bara en av metoderna.

Ett alternativ till intervjudelen hade kunnat vara fokusgruppsintervjuer för att få ta del av fler personers erfarenheter från samma förlossningsklinik. Författarna diskuterade att det kan finnas en risk att intervjudeltagare i fokusgruppsintervjuer håller tillbaka information och tankar som de anser vara avvikande eller känsliga. Denna risk styrks av Pedersen et al. (2016) som menar att känsliga ämnen kan hämmas i en grupp miljö och att det därför är viktigt

att beakta vad intervjupersonerna kanske inte har berättat. Författarna tror därmed att enskilda intervjuer var rätt metod för att besvara syftet.

Urval

PM & Intervjuer

Utifrån studiens syfte ansågs det relevant att författarna samlat in PM och intervjuat barnmorskor som representerar Sveriges förlossningskliniker med lägst respektive högst andel oxytocinbehandling. För att få in PM och deltagare från dessa specifika förlossningskliniker gjordes ett strategiskt urval. Henricson & Bilhult (2017) menar att ett strategiskt urval används då deltagare behöver besitta kunskap som är relevant för att besvara studien syfte. I intervju-delen kombinerades ett strategiskt urval med ett bekvämlighetsurval. Enligt Henricson & Bilhult (2017) är ett bekvämlighetsurval när deltagarna själva anmäler intresse utifrån den informationen de fått till sig, vilket deltagarna i denna studie hade möjlighet att göra.

Författarna anser att inklusionskriterierna för studiens båda delar var tillräckliga för att få den datan studien krävde. Kriterierna kan anses snäva då författarna enbart intresserat sig av ett fåtal på förhand valda förlossningskliniker. Inklusionskriterierna bidrog till att förlossningsklinikerna representerade fenomenets ytterligheter, vilket gav datan en stor variationsrikedom. Henricsson (2023) menar att en variationsrikedom skapas när materialet som granskats inte kommer från en homogen grupp. Variationen i urvalet ökar *överförbarheten och trovärdigheten*. Att det insamlade PM:en visade sig vara helt olika varandra samt att yrkesverksamma år på deltagarna varierade från 4–15 år ökade variationsrikedomen i studien.

Att det är fyra barnmorskor som intervjuats och inte fler kan ses som en svaghet. För att få en inblick på samtliga förlossningskliniker vars PM granskats hade författarna i efterhand önskat intervjua en barnmorska från vardera klinik. På grund av den relativt korta tidsperioden för studien ansåg författarna att fler deltagare än fyra, tillsammans med granskning av PM hade riskerat att studien inte hunnit färdigställas i tid. Att samla in en adekvat mängd data som är innehållsrikt och relevant för syftet, är ett sätt att säkerställa kvalitén i en studie (Lincoln & Guba, 1985). Enligt Lincoln och Guba (1985) kan detta ske genom att flera slags data används, som är fallet i denna studie i stället för ett stort antal intervjudeltagare.

Datainsamling

PM

PM som berör oxytocinbehandling vid värksvaghet är PM som alltid finns på förlossningskliniker. Författarna anser att PM:en inhämtades på enklast möjliga sätt utan att det påverkat studiens resultat eller trovärdighet.

Intervjuer

Då författarna inte hade kontaktuppgifter till barnmorskor som arbetade på de aktuella förlossningsklinikerna togs kontakt via en tredje part; avdelningschefen. Huruvida cheferna skickade ut en allmän förfrågan som författarna bad om, eller om de själva tillfrågade barnmorskorna, vet inte författarna. Oavsett om barnmorskorna själva valde att delta eller blev "valda" av chefen så kan det ha påverkat studiens resultat och kan ses som en svaghet. Risken är överhängande att intervjudeltagarna hade ett intresse för det studerade ämnet och därav inte representerade helheten. Författarna kan däremot inte se hur deltagare skulle valts på annat sätt.

Inför de semistrukturerade intervjuerna arbetade författarna fram en intervjuguide som diskuterades och modifierades efter feedback från handledaren för studien. Intervjuguiden testades genom att utföra en pilotintervju på en barnmorska som arbetade kliniskt på en förlossningsklinik. En pilotintervju bör utföras för att bedöma kvaliteten på intervjufrågorna samt intervjuens tidsåtgång inför den fortsatta datainsamlingen (Lincoln & Guba, 1985). Ytterligare kvalitetsaspekter som författarna tagit hänsyn till var att säkerställa att inspelningsutrustningen fungerade. Författarna testade i samtal med varandra att ljudinspelning fungerade som tänkt både på Teams, Zoom samt på telefonens "röstmemon"-applikation och fick sedan tillfälle att testa Teams ljudinspelningen även på pilotintervjun. Semistrukturerade intervjuer ansågs av författarna vara lämpligt då det enligt Polit & Beck (2021) möjliggör att författarna kan vara flexibla i att följa upp det som sagts för att få ytterligare information (Polit & Beck, 2021). De semistrukturerade intervjuerna som utfördes fick deltagarna att tala fritt och gav ett innehållsrikt material där merparten av materialet svarade an till syftet, detta är ett sätt att säkerställa kvaliteten i en intervjustudie enligt Engström & Juuso (2023).

Enligt Engström och Päivi (2023) kan det vara lättare för intervjupersoner att tala fritt om de inte ser intervjuaren. En intervju i denna studie utfördes över telefon, vilket kan ha påverkat innehållet. På samma sätt menar Engström och Päivi (2023) att platsen där intervjun genomförts kan påverka intervjun. En barnmorska intervjuades då hon befann sig i sitt hem och resterande barnmorskor befann sig på jobbet. En av de barnmorskor som deltog från jobbet upplevdes av författarna som stressad över intervjuens tidsåtgång, vilket kan ha påverkat resultatet.

Graviditetsregister årsrapport över 2021 har legat till grund för studiens syfte. Initialt hade författarna även tänkt undersöka hur barnmorskorna journalförde oxytocinbehandling och hur informationen sedan kom till Graviditetsregistret. Detta för att uppmärksamma om det fanns ”brister” i överrapporteringen som skulle kunna förklara behandlingsskillnaden. Under arbetets gång insåg författarna att studiens två metoder medförde tillräckligt mycket arbete för studiens tidsram och den tilltänkta journaldelen valdes därför bort. Detta förklarar varför författarna i mejl till avdelningschefer (Bilaga 1) frågade kring journalsystemet men även varför intervjuguiden (Bilaga 3) innehåller frågor om barnmorskornas dokumentation.

Dataanalys

Enligt Mårtensson & Fridlund (2023) ökar *bekräftelsebarheten* när analysprocessens alla delar beskrivs på ett tydligt sätt vilket författarna haft som avsikt att göra. Författarna har även använt sig av figurer och tabeller i syfte att tydliggöra processen för läsaren. För att öka *bekräftelsebarheten* är det viktigt att förhålla sig neutralt till analysmaterialet för att på så vis inte “färga” resultatet (Mårtensson & Fridlund, 2023). Författarna förförståelse för det studerade ämnet grundar sig dels i en teoretisk förståelse från barnmorskeprogrammet, dels från egna upplevelser av det kliniska arbetet under VFU-placering på förlossningsklinik. Förförståelsen har även påverkats av författarnas egna förlossningar. Författarna har hjälpt och påmint varandra att sätta sin förförståelse åt sidan i analysarbetet. Delar av analysprocessen har utförts av författarna enskilt och har därefter jämförts och diskuterats sinsemellan. Om analysen har genomförts av flera personer ökar *pålitligheten* och *trovärdigheten* (Henricson, 2023).

PM

Dokumentanalys är en användbar metod för att förstå innehåll i textmaterial och hur information presenteras (Dalglish et al., 2020). Den deskriptiva ansatsen innebär att korrekt beskriva analysmaterialet ofta med fokus på prevalens och passar därav vid komparativa studier (Polit & Beck, 2021). Författarna ansåg därav att dokumentanalys med deskriptiv ansats var rätt metod för att besvara studiens syfte då det var förlossningsklinikernas PM som skulle granskas och jämföras. READ-modellen var ett systematiskt verktyg som författarna kunde inspireras av.

Intervjuer

Författarna anser att analysmetoden som valts för granskning av intervjuerna passade studiens syfte. Innehållsanalys är en bra analysmodell för att få ett tillförlitligt svar när data i en kvalitativ studie analyseras (Graneheim & Lundman, 2004).

Ett sätt att stärka *trovärdigheten* och *pålitligheten* är att låta utomstående granska överensstämmelsen mellan kategorier och underkategorier i resultatet (Mårtensson & Fridlund, 2023). Studiens alla delar har granskats och diskuterats under handledningstillfällen och författarna har haft löpande kontakt med handledaren under studiens gång. Författarna har därmed kunnat verifiera att kategorier och underkategorier i resultatet överensstämmer även ur andras perspektiv. Vid en induktiv ansats ska författarna så förutsättningslöst som möjligt, analysera och beskriva fenomenet så korrekt som möjligt (Priebe & Landström, 2023). Detta har varit författarnas avsikt under studiens gång.

Överförbarhet

Graneheim och Lundman (2004) menar att det är upp till läsaren att bedöma studiens överförbarhet till en annan kontext. De författarna kan göra för att underlätta för läsaren är att ge information om intervjudeltagarna samt de studerade materialet. Författarna i denna studie har efter bästa förmåga försökt beskriva samtliga steg i hela forskningsprocessen samt presenterat intervjudeltagare och PM i den mån de går utan att göra avkall på konfidentialiteteskrevet.

Etiskt övervägande

Denna studie är utförd i enlighet med Beauchamp och Childress (2019) fyra vårdetiska principerna, autonomi-, icke-skada-, göra gott- och rättvisep principen. De två första principerna anser författarna går hand i hand med vetenskapsrådets etiska förhållningssätt. Att göra gott principen innebär att vården ska bidra till hälsa och välbefinnande och rättvisep principen innebär att vårdens resurser distribueras på rättvist sätt (Beauchamp & Childress, 2019). Författarna har i och med denna studie försökt förstå skillnaden av behandling med oxytocin och förhoppningen är att studiens resultat kan leda till en medvetenhet som gör att landets regionala behandlingsskillnader minskar. Därav anser författarna att studien uppnår göra gott och rättvisep principen.

Ett problem med konfidentialiteten gällande studiens PM är att studiens syfte var att undersöka de förlossningsklinikerna med lägst respektive högst oxytocinbehandling. Denna information har inhämtats från Graviditetsregistrets årsrapport 2021 som är ett offentligt dokument som alla kommer åt. Författarna har därav valt att inte beskriva mer information än nödvändigt angående deltagarna vilket även är i enlighet med icke-skada principen.

Författarna har diskuterat om det funnits en risk att barnmorskorna känt sig "tvungna" att delta då det är avdelningscheferna som skickat ut förfrågan, till skillnad om författarna själva hade frågat barnmorskorna men anser inte att de kunnat göra på något annat vis.

RESULTATDISKUSSION

Studios syfte var att undersöka faktorer som kan påverka insättningen av oxytocin på de förlossningsklinikerna i Sverige med lägst respektive högst behandlingsfrekvens. I resultatet framkom faktorer som kan ha inverkan på när och om oxytocinbehandling startas. Innehållet i samtliga PM skiljer sig vilket författarna anser vara en faktor i sig. Samtliga faktorer som presenterats i PM-resultatet diskuteras i förhållande till intervjuresultatets huvudfynd, vilka enligt författarna var; *Synen på förlossningsprocessen*, *Arbetsbelastningen* och *Teamarbete*. I diskussionen presenteras faktorerna i förhållande till varandra och i förhållande till skillnaden av behandlingsfrekvensen. Diskussionernas rubriker är; *Barnmorskans synsätt & Olika*

definitioner, Arbetsbelastningens påverkan, Vilka som ingår i teamet har betydelse och Lika vård med olika riktlinjer.

Barnmorskans synsätt & Olika definitioner

Barnmorskors syn på den födande och behandlingen med oxytocin visade sig vara en faktor som påverkade om eller när behandlingen initierades. När tilltron till den födandes förmåga att föda sviktade visade resultatet att oxytocinbehandling ibland startades tidigare än nödvändigt. Barnmorskor som i stället hade en tro på den födande och kroppens egen förmåga vågade avvakta med oxytocinbehandling och i stället arbeta med att främja den fysiologiska processen. Att barnmorskornas egna synsätt påverkade oxytocinanvändandet styrks av en studie som påvisat att barnmorskor som brinner för och har en tro på den fysiologiska födseln, försöker främja det naturliga födandet och skydda den födande från interventioner (Carol-Olah 2015). Att barnmorskor har utrymme att styra över behandlingen utifrån deras egen syn på värksvaghet och oxytocinbehandling tror författarna till denna studie dels skulle kunna förklaras av att det inte finns en konsensus gällande definition av värksvaghet. Selin et al. (2009) menar att värksvaghet ofta baseras på lokala riktlinjer och individuella bedömningar när konsensus saknas. I föreliggande studie framkom tre olika definitioner av värksvaghet i de granskade PM:en och de fyra barnmorskorna som intervjuades beskrev även värksvaghet på olika sätt. Resonemanget att olika definitioner ger ett tolkningsutrymme för barnmorskor stöds av Nystedt & Hildingsson (2014) som menar att olika definitionerna av värksvaghet kan leda till olämplig behandling. Deras tvärsnittsstudie påvisade att 27% av kvinnorna som tillhörde gruppen "normala förlossningar" erhöll oxytocinbehandling trots att de varken erhållit ICD-kod för värksvaghet eller gått utanför ramen för "normal" förlossning på partogrammet (Nystedt & Hildingsson, 2014). Den största innehållsskillnaden i definitionerna av värksvaghet mellan grupp låg- och höganvändning visade sig handla om hur länge utdrivningsskedet fick vara avstannat innan det bedömdes som en värksvaghet. Enligt forskning är utdrivningsskedet generellt längre hos förstföderskor än hos omföderskor (Abalos et al., 2018; Olza et al., 2020), denna aspekt tas inte upp i de PM som granskats. Utdrivningsskedet tilläts däremot vara avstannat en längre tid innan det ansågs vara en värksvaghet i grupp låganvändning. En systematisk översikt av Abalos et al., (2018) ifrågasätter de strikta tidsramarna som tillämpats i klinisk praxis för bedömning av ett förlängt utdrivningsskede. Deras studie visar att längden av en förlossning hos kvinnor, med spontan förlossningsstart och goda perinatale utfall, varierar från födande till födande (Abalos et al.,

2018). Studier menar även att utdrivningsskedet kan pågå längre än man tidigare trott utan att den födande riskerar negativa perinatale utfall (Abalos et al., 2018; Dencker et al., 2009).

Att i definitionen av värksvaghet tillåta ett längre utdrivningsskede är i linje med ny forskning (Abalos et al., 2018; Olza et al., 2020). Detta tillsammans med en tro på den fysiologiska förlossningen kan enligt författarna till föreliggande studie vara faktorer som påverkat att grupp låganvändning hade en lägre behandlingsfrekvens.

Arbetsbelastningens påverkan

Barnmorskorna hade en gemensam syn på att hög arbetsbelastning resulterade i att oxytocin användes i en högre utsträckning. När de hade fler födande samtidigt eller var underbemannade fanns det en tendens att koppla på droppet snabbare än nödvändigt. De senaste åren har ett flertal Lex Maria-anmälningar inom förlossningsvården gjorts, där felaktig användning av värkstimulerande dropp och hög arbetsbelastning bland annat bedömts vara orsakerna till de inträffade (Inspektionen för vård och omsorg, 2020). I stressade situationer är det lättare att tappa fokus och bli mindre uppmärksam, vilket Inspektionen för vård och omsorg (2020) menar är en effekt av hög arbetsbelastning. I föreliggande studie tar en barnmorska ur grupp höganvändning upp att de knappt haft full kontroll och att interventioner ibland gjorts utan indikation. Forskningen visar att hög arbetsbelastning leder till att barnmorskor inte kan ge kontinuerligt stöd (Aune et al., 2014; Carolan-Olah et al., 2015), vilket leder till en ökad andel medicinska interventioner (Aune et al., 2014; Bohren et al., 2017; Lunda et al., 2018; Socialstyrelsen, 2022).

Flera av barnmorskorna nämnde även att kontinuerlig CTG-övervakning användes rutinmässigt i stressade situationer för att kunna följa förlossningen utan att behöva vara inne på sal. Detta menar Aune et al., (2018) tenderar till onödig oro hos barnmorskan vilket i sin tur ofta leder till fler interventioner. Det är även känt att yttre omständigheter som stress, barnmorskans förhållningssätt och frånvaro av kontinuerligt stöd kan påverka förlossningens progress negativt (Aune et al., 2014; Olza et al., 2020; Uvnäs-Moberg et al., 2019). Författarna till denna studie menar därför att den höga arbetsbelastningen inte enbart leder till att oxytocininfusion kopplas tidigare eller utan indikation, utan även att det kan vara en bidragande orsak till diagnosen värksvaghet. Att vara närvarande hos den födande etablerar trygghet och ökar det kroppsegna oxytocinet vilket i sin tur främjar förlossningen och ger

möjlighet att stödja det normala (Bohren et al., 2017; Uvnäs-Moberg et al., 2019). Att som barnmorska vara närvarande och stärka kvinnans förmåga till att föda naturligt upplevs vara viktigt för en positiv förlossningsupplevelse (McKelvin et al., 2021). I föreliggande studie framkom en önskan att främja det fysiologiska och att arbeta med icke-medicinska åtgärder. Det var dock tydligt att grupp låganvändning hade större möjlighet att arbeta nära den födande och utföra sådana åtgärder. Studiens resultat visar att arbetsbelastningen påverkar behandlingsfrekvensen, vid hög arbetsbelastning tenderar oxytocinanvändandet att öka medan de troligtvis minskar när arbetsbelastningen är rimlig och barnmorskorna ges utrymme att arbeta nära den födande.

Vilka som ingår i teamet har betydelse

Barnmorskans kompetensområde innefattar att “bedöma förlossningens progress och identifiera avvikelser samt bedöma behov av vårdåtgärd” (Svenska Barnmorskeförbundet, 2019). I grupp låganvändning framkom teamets betydelse i form av hjälp från koordinator, barnmorskor och undersköterskor. Barnmorskorna uppgav att det var rutin att kommunicera och ta hjälp av varandra i beslutet om vårdåtgärder. Carol-Olah (2015) menar att ett gott samarbete mellan barnmorskor är en förutsättning för att främja en normal förlossning och skydda den födande från onödiga interventioner. I grupp höganvändning hade barnmorskorna i stället ett nära samarbete med förlossningsläkaren och på en av förlossningsklinikerna delade barnmorskorna och läkarna rum. I resultatet framkom inte teamarbete med övrig personal i grupp höganvändning. Forskning visar att läkarens involvering inom förlossningsvården leder till ett ökat fokus på patologi som i sin tur kan leda till fler medicinska ingrepp (Aune et al., 2014; Carolan-Olah et al., 2015; Lukasse & Henriksen, 2019). Teamet har betydelse för en optimal förlossningsupplevelse hos den födande och brister i teamarbete är förknippat med ett sämre förlossningsutfall (Socialstyrelsen, 2022).

Lika vård med olika riktlinjer

Att det fanns olikheter i behandlingsregim och frekvens gällande oxytocin var känt sedan tidigare (Daly et al., 2020; Graviditetsregistret, 2022; Austad et al., 2021). Detta framkom även i denna studie då samtliga PM var olika och stegen inför behandling beskrevs olika av barnmorskorna i intervjuerna.

Riktlinjer/PM beskrivs vara ett verktyg för att vårdpersonal ska arbeta enhetligt (Bhargava & Jaeschke, 2001). PM:en som granskats i denna studie var olika gällande utformning, layout och innehåll. Grupp låganvändnings PM hade generellt ett mer informativt sätt att beskriva risker och kontraindikationer, fler åtgärder att beakta inför behandling och innehöll annan information än Socialstyrelsens rekommendationer från 2011. Sammantaget fanns ett annat fokus på den födande i dessa PM. Den födande skulle göras delaktig i beslut om behandling och PM:en uppmärksammade att det kunde vara energi- eller vätskebrist hos den födande som orsakade att förlossningsprocessen stannat av. Vidare fanns det information att den födande kunde behöva en paus eller var i behov av lägesändring. I grupp höganvändning framkom ingen ytterligare information än det Socialstyrelsen rekommenderar 2011.

En annan aspekt som framkom i resultatet var att det skilde sig mellan grupperna i när kontakt med läkare skulle initieras. Barnmorskorna i grupp låganvändning var eniga om att det extra steget inför behandling som läkarkontakten utgjorde, var ett skäl till den lägre behandlingsfrekvensen. En av barnmorskorna resonerade själv kring att koppla oxytocininfusion utan läkarordination inte är rätt väg att gå för att stärka barnmorskan självständighet. Hon beskrev att barnmorskans kompetensområde och expertis snarare ska ligga i att främja den normala förlossningen. Enligt Svenska Barnmorskeförbundet (2019) ingår det i barnmorskans kompetensområde att *”hantera läkemedel på ett säkert sätt utifrån ordination”*.

År 2021 släppte SFOG och SBF en ny nationell definition av aktiv fas vid spontan förlossning (Svenska barnmorskeförbundet, Svensk förening för obstetrik & Gynekologi, 2021). Där fastställ, förutom den nya definitionen av aktiv fas även att den tidigare beskrivningen av värksvaghet, det vill säga att modern munnen öppnar sig långsammare än 1 cm/h, är alltför strikt och att den inte bör användas som enskild indikator för att bedöma förlossningsprogressen. Vidare beskriver de att partogrammets aktionslinje inte heller bör användas som en enskild indikator för intervention under öppningsskedet (Svenska barnmorskeförbundet, Svensk förening för obstetrik & Gynekologi, 2021). Anmärkningsvärt är att tre av studiens granskade PM har reviderats sedan definitionen släpptes men endast ett PM har anammat de nya riktlinjerna. De andra två PM:en beskriver fortfarande förväntad förlossningsprogress som 1 cm/h och/eller hänvisar till partogrammets aktionslinje. World Health Organization (2018) avråder från att definiera normal progress på detta sätt och menar

att det för många kvinnor är orealistiskt snabbt. Enligt SFOG nya definitionen ska förlossningsprogressen i stället utvärderas genom “*en helhetsbedömning av kvinnans upplevelse avseende värkar, mående och behov, och barnmorskan eller obstetrikerns observationer av förloppet*” (Svenska barnmorskeförbundet, Svensk Förening för obstetrik & Gynekologi, 2021), vilket inte någon av de reviderade PM:en beskriver.

Fyra av sex PM refererar till Socialstyrelsens rapport “Indikation för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning”. Rapporten är 12 år gammal och delar av rekommendationerna är inte längre i linje med den rådande evidensen, till exempel hur förlossningsprogressen ska utvärderas. Enligt Bhargava & Jaeschke (2001) är syftet med PM/riktlinjer att förse vårdpersonal med ett verktyg som på ett enkelt sätt ger tillgång till den rådande evidensen som stöd i beslutsprocessen och ska i slutändan leda till bättre och mer enhetlig patientvård (Bhargava & Jaeschke, 2001). Enligt svensk sjukvårdslag ska vården vara lika för alla (Hälso- och sjukvårdslagen, 2017). Författarna till denna studie ställer sig frågande till hur vården ska vara enhetlig och lika för alla när PM skiljer sig så markant och inte är uppdaterade efter rådande evidens.

Under studiens arbete publicerade Graviditetsregistret en ny årsrapport över år 2022 som fastställde att variationen av oxytocinbehandling mellan förlossningsklinikerna i Sverige fortsatt var stor men att skillnaden minskat med två procent sedan året innan (Graviditetsregistret, 2023). Riksgenomsnittet för andelen oxytocinbehandlade förstföderskor med spontan förlossningsstart hade däremot ökat med en procent. De förlossningskliniker som enligt den nya rapporten har lägst respektive högst behandlingsandel är i stort sett utbytta. Flertalet av faktorerna som tagits fram i föreliggande studie är faktorer som är föränderliga över tid och inte konstanta. Arbetsbelastningen kan förbättras eller försämrats och samarbetet/teamkänslan/kulturen på avdelningen och mellan barnmorskorna kan på samma sätt förändras åt det bättre eller sämre hållet. Likaså kan förlossningsklinikernas generella synsätt förändras över tid beroende på vilka personer som arbetar där under den aktuella tidperioden. De föränderliga faktorerna kan möjligtvis förklara varför inte samma förlossningskliniker har lägst respektive högst behandlingsfrekvens över tid. Författarna till föreliggande studie tror att ett riksövertäckande PM med tydliga och enhetliga definitioner skulle kunna göra att dessa faktorer inte fick lika stort utrymme att påverka behandlingsfrekvensen. Detta resonemang styrks av tidigare studier som menar att

implementering av enhetliga PM med tydliga definitioner är förenat med en lägre behandlingsfrekvens av oxytocin (Austad et al., 2021; Rossen et al., 2016).

Slutsats

I föreliggande studie framkommer det att ett synsätt som speglar tron på den födande och den fysiologiska födseln tillsammans med ett gott teamarbete där oliktankande är accepterat kan generera i en lägre behandlingsfrekvens. En högre behandlingsfrekvens kan genereras av större självständighet att koppla oxytocin utan läkarordination, riktlinjer som inte uppdaterats enligt ny evidens och en högre arbetsbelastning som inte möjliggör närvaro hos den födande. Dessutom är förlossningsklinikernas PM olika och skiljer sig i definition av värksvagheter, vad som anses vara en normal längd på utdrivningsskedet, förutsättningarna inför behandling med oxytocin och när läkarkontakt ska initieras. Dessa skillnader skulle kunna påverka insättningen av oxytocin. De faktorer som framkommit i studien kan påverka behandlingsfrekvensen åt det lägre och högre hållet. Faktorena är föränderliga och går att påverka.

Kliniska implikationer

Resultatet av föreliggandes studie har potential att ligga till grund för utvärdering av arbetssätt kring oxytocinbehandling på Sveriges förlossningskliniker. Författarna tror att en väg till en mer jämlik vård och behandling ligger i att arbeta fram tydliga och enhetliga definitioner kring begrepp som värksvagheter och normal förlossning. Författarna tror även att förlossningsklinikerna behöver arbeta för en rimlig arbetsbelastning som möjliggör ett kontinuerligt stöd till den födande. Barnmorskor som arbetar på förlossningskliniker bör få fortbildning inom icke-medicinska metoder. Därtill krävs ett nytt, nationellt täckande PM som revideras för att säkerställa att rekommendationerna går i linje med den rådande evidensen och gör det enklare för barnmorskor att arbeta enhetligt.

Förslag på vidare forskning

Förslag på vidare studier skulle kunna vara;

- En kvantitativ studie med syfte att undersöka hur utfallen av kejsarsnitt och sugklocka ser ut på förlossningskliniker där oxytocin används i hög respektive låg utsträckning.
- En större intervjustudie med barnmorskor för att stärka vilka faktorer som ligger till grund i beslutet om oxytocinbehandling.

- En jämförelsestudie i hur oxytocinbehandling ser ut på förlossningskliniker som arbetar utifrån arbetssättet ”en födande – en barnmorska” jämfört med ett mer traditionellt arbetssätt där barnmorskan har hand om fler födande.

REFERENSER

Abalos, E., Oladapo, O. T., Chamillard, M., Díaz, V., Pasquale, J., Bonet, M., Souza, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2018b). Duration of spontaneous labour in ‘low-risk’ women with ‘normal’ perinatal outcomes: A systematic review. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 223, 123–132.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.02.026>

Al Aryani, Z., Orabi, A., & Fouly, H. (2022). Examining the impact of upright and recumbent positions on labor outcomes in Saudi Arabia: A quasi-experiment. *Belitung Nursing Journal*, 8(4), 316–324. <https://doi.org/10.33546/bnj.2114>

Aslantaş, B. N., & Çankaya, S. (2023). The effect of birth ball exercise on labor pain, delivery duration, birth comfort, and birth satisfaction: A randomized controlled study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07115-4>

Aune, I., Amundsen, H. H., & Skaget Aas, L. C. (2014). Is a midwife’s continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives’ experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery*, 30(1), 89–95.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.02.001>

Austad, F. E., Eggebø, T. M., & Rossen, J. (2021). Changes in labor outcomes after implementing structured use of oxytocin augmentation with a 4-hour action line. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(24), 4041–4048.
<https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1702958>

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (Eighth edition). Oxford university press.

Berg, A., & Striegel, K. (2020). *Värkstimulering med oxytocin* [Magister, Linnéuniversitetet]. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1386016/FULLTEXT01.pdf>

- Bernitz, S., Øian, P., Rolland, R., Sandvik, L., & Blix, E. (2014). Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: A cohort of low-risk nulliparous women. *Midwifery*, 30(3), 364–370. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.010>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Bugg, G. J., Siddiqui, F., & Thornton, J. G. (2013). Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD007123. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007123.pub3>
- Carolan-Olah, M., Kruger, G., & Garvey-Graham, A. (2015). Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women at a public hospital in Australia. *Midwifery*, 31(1), 112–121. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.07.003>
- Cheng, Y. W., Shaffer, B. L., Nicholson, J. M., & Caughey, A. B. (2014). Second Stage of Labor and Epidural Use: A Larger Effect Than Previously Suggested. *Obstetrics & Gynecology*, 123(3), 527–535. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000134>
- Cluett, E. R., Pickering, R. M., Getliffe, K., & Saunders, N. J. S. G. (2004). Randomised controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labour. *BMJ*, 328(7435), 314. <https://doi.org/10.1136/bmj.37963.606412.EE>
- Coulm, B., Le Ray, C., Lelong, N., Drewniak, N., Zeitlin, J., & Blondel, B. (2012). Obstetric Interventions for Low-Risk Pregnant Women in France: Do Maternity Unit Characteristics Make a Difference? *Birth*, 39(3), 183–191. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2012.00547.x>
- Dalglis, S. L., Khalid, H., & McMahon, S. A. (2020). Document analysis in health policy research: The READ approach. *Health Policy and Planning*, 35(10), 1424–1431. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa064>

Daly, D., Minnie, K. C. S., Blignaut, A., Blix, E., Vika Nilsen, A. B., Dencker, A., Beeckman, K., Gross, M. M., Pehlke-Milde, J., Grylka-Baeschlin, S., Koenig-Bachmann, M., Clausen, J. A., Hadjigeorgiou, E., Morano, S., Iannuzzi, L., Baranowska, B., Kiersnowska, I., & Uvnäs-Moberg, K. (2020). How much synthetic oxytocin is infused during labour? A review and analysis of regimens used in 12 countries. *PloS One*, *15*(7), e0227941.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227941>

Dencker, A., Berg, M., Bergqvist, L., Ladfors, L., Thorsén, L., & Lilja, H. (2009). Early versus delayed oxytocin augmentation in nulliparous women with prolonged labour—A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *116*(4), 530–536. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01962.x>

Engström, Å., & Juuso, P. (2023). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod—Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3:1, s. 151–163). Studentlitteratur.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Graviditetsregistret. (2022). *Graviditetsregistrets årsrapport 2021* (s. 174).

https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR%20%C3%85rsrapport%202021_3.0.pdf

Graviditetsregistret. (2023). *Graviditetsregistrets årsrapport 2022* (s. 142).

<https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/Graviditetsregistrets%20%C3%85rsrapport%202022.pdf>

Hanley, G. E., Munro, S., Greyson, D., Gross, M. M., Hundley, V., Spiby, H., & Janssen, P. A. (2016). Diagnosing onset of labor: A systematic review of definitions in the research literature. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*, 71. [https://doi.org/10.1186/s12884-016-0857-](https://doi.org/10.1186/s12884-016-0857-4)

Henricson, M. (2023). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod—Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3:1, s. 491–500). Studentlitteratur.

Henricson, M., & Bilhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod—Från idé till examination inom omvårdnad* (1:2, s. 11–120). Studentlitteratur.

Hälso- och sjukvårdslagen, (2017:30) Socialdepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/

Inspektionen för vård och omsorg. (2020). *Utvecklade arbetssätt och metoder kan minska risken för förlossningsskador* (5/2020).
https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publikationer/iakttagelser-i-korthet/2020/iakttagelseblad-forlossning-ivo_anc.pdf

International Confederation of Midwives. (2023). *Keeping Birth Normal*.
https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2023/07/08e_en_keeping-birth-normal.pdf

Jansen, L., Gibson, M., Bowles, B. C., & Leach, J. (2013). First Do No Harm: Interventions During Childbirth. *The Journal of Perinatal Education*, 22(2), 83–92.
<https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.2.83>

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.

Lukasse, M., & Henriksen, L. (2019). Norwegian midwives' perceptions of their practice environment: A mixed methods study. *Nursing Open*, 6(4), 1559–1570.
<https://doi.org/10.1002/nop2.358>

Lunda, P., Minnie, C. S., & Benadé, P. (2018). Women's experiences of continuous support during childbirth: A meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 167.
<https://doi.org/10.1186/s12884-018-1755-8>

Läkemedelsverket. (2021). *Syntocinon 8,3 mikrogram/ml koncentrat till injektions-/infusionsvätska, lösning*. <https://www.lakemedelsverket.se/sv/sok-lakemedelsfakta/lakemedel/19630202000010/syntocinon-8-3-mikrogram-ml-koncentrat-till-injektions-infusionsvatska-losning>

McKelvin, G., Thomson, G., & Downe, S. (2021). The childbirth experience: A systematic review of predictors and outcomes. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 34(5), 407–416. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.021>

Mårtenssson, J., & Fridlund, B. (2023). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod—Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3:1, s. 473–489). Studentlitteratur AB.

Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2014). Diverse definitions of prolonged labour and its consequences with sometimes subsequent inappropriate treatment. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 233. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-233>

Oladapo, O., Diaz, V., Bonet, M., Abalos, E., Thwin, S., Souza, H., Perdoná, G., Souza, J., & Gülmezoglu, A. (2018). Cervical dilatation patterns of ‘low-risk’ women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: A systematic review. *Bjog*, 125(8), 944–954. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14930>

Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villamea, S., Hadjigeorgiou, E., Kazmierczak, M., Spyridou, A., & Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS ONE*, 15(7), e0230992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>

Pedersen, B., Delmar, C., Falkmer, U., & Grønkjær, M. (2016). Bridging the gap between interviewer and interviewee: Developing an interview guide for individual interviews by means of a focus group. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(3), 631–638. <https://doi.org/10.1111/scs.12280>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11:1). Walters Kluwer.

Priebe, G., & Landström, C. (2023). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar—Grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod—Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3:1, s. 27–43). Studentlitteratur AB.

Rossen, J., Østborg, T. B., Lindtjørn, E., Schulz, J., & Eggebø, T. M. (2016). Judicious use of oxytocin augmentation for the management of prolonged labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95(3), 355–361. <https://doi.org/10.1111/aogs.12821>

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>

Selin, L. (2018). *Delayed labour—Risk factors, use of oxytocin and outcomes*. <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/56333>

Selin, L., Almström, E., Wallin, G., & Berg, M. (2009). Use and abuse of oxytocin for augmentation of labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(12), 1352–1357. <https://doi.org/10.3109/00016340903358812>

Socialstyrelsen. (2011). *Indikation för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning* (2011:08). https://www.researchgate.net/profile/Wibke-Jonas/publication/256204932_Indikation_for_varkstimulering_med_oxytocin/links/00463522059a05c60c000000/Indikation-foer-vaerkstimulering-med-oxytocin.pdf?origin=publication_list

Socialstyrelsen. (2022). *Utveckling av förlossningsvården – kartläggning och analys* (2022-11-8245). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-11-8245.pdf>

Svenska barnmorskeförbundet, Svensk förening för obstetrik & Gynekologi. (2021). *Nationell definition av aktiv fas vid spontan förlossning* (210623).

https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2021/06/Nationell.Def_.Aktivfas.SBF_.SFOG_.pdf

Thies- Lagergren, L., & Wiklund, I. (2022). Förlossningens förlopp ur ett fysiologiskt perspektiv. I H. Lindgren, K. Christensson, & A.-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa—Barnmorskans kompetensområde* (1:2, Vol. 2022, s. 581–588). Studentlitteratur.

Thurmond, V. A. (2001). The Point of Triangulation. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(3), 253–258. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00253.x>

Lag om etikprovning av forskning som avser människor, 2003:460 (2003).

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/

Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Berg, M., Buckley, S., Pajalic, Z., Hadjigeorgiou, E., Kotłowska, A., Lengler, L., Kielbratowska, B., Leon-Larios, F., Magistretti, C. M., Downe, S., Lindström, B., & Dencker, A. (2019). Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth – a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 285. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2365-9>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* [Text]. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2002-01-08-forskningsetiska-principer-inom-humanistisk-samhällsvetenskaplig-forskning.html>

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed* (text 978-91-7307-352–3).

<https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html>

Vigneaud, V. du, Ressler, C., Swan, C. J. M., Roberts, C. W., Katsoyannis, P. G., & Gordon, S. (1953). The synthesis of an octapeptide amide with hormonal activity of oxytocin. *Journal of the American Chemical Society*, 75(19), 4879–4880. <https://doi.org/10.1021/ja01115a553>

Windrim, R., Seaward, P. G., Hodnett, E., Akoury, H., Kingdom, J., Salenieks, M. E., Fallah, S., & Ryan, G. (2007). A randomized controlled trial of a bedside partogram in the active management of primiparous labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC* = *Journal d'obstetrique et Gynecologie Du Canada: JOGC*, 29(1), 27–34.
[https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)32367-2](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)32367-2)

Woolf, H. S., Grol, R., Hutchinson, A., & Grimshaw, J. (1999). *Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines*. <https://www-bmj-com.proxy.kib.ki.se/content/318/7182/527>

World Health Organisation. (2018). *Intrapartum care for a positiv childbirth experience*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>

World Health Organization. (2014). *WHO recommendations for augmentation of labour*.
World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112825>

Zeitlin, J., Mohangoo, A., & Cuttini, M. (2009). The European Perinatal Health Report: Comparing the health and care of pregnant women and newborn babies in Europe. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(9), 681–682.
<https://doi.org/10.1136/jech.2009.087296>

BILAGOR

Bilaga 1. Mejl till klinikchef



**Karolinska
Institutet**

Hej!

Vi är två barnmorskestudenter från Karolinska institutet som under höstterminen 2023 skriver examensarbete på avancerad nivå. Vi har valt att undersöka Oxytocinbehandling vid värksvaghet hos förstföderskor med spontan förlossningsstart. Enligt graviditetsregistrets årsrapport 2021 skiljer sig behandlingsfrekvensen från 46% till 70% mellan kliniker i Sverige.

Studien består av två delar;

- En del där vi ska analysera innehåll och utformning av PM gällande oxytocinbehandling vid värksvaghet på de kliniker som har hög användning av oxytocin samt på de kliniker som har en låg användning av oxytocin. Fokus kommer att ligga på att hitta likheter och/eller olikheter på gruppnivå och inte på specifika förlossningskliniker.
- En del där vi ska intervjua ett fåtal barnmorskor som är verksamma på någon av dessa kliniker.

Syftet är att undersöka faktorer som kan påverka insättningen av oxytocin på de förlossningsklinikerna i Sverige med lägst respektive högst behandlingsfrekvens.

För att hålla studien anonym kommer inte kliniker och barnmorskor namnges.

Förhoppningen är att ni vill delta i vår studie genom att mejla det PM ni använder för oxytocinbehandling. Vi har relativt kort tid på oss att utföra studien och vill därför be er skicka det aktuella PM:et innan fredagen den 8/9 2023.

Om ni väljer att delta skulle vi gärna ha svar på dessa frågor:

- Vilket journalsystem använder ni?
- Hur rapporterar ni in fakta till graviditetsregistret? Sker det automatiskt eller är det något ansvarig barnmorska gör manuellt?

Vi skulle dessutom vara tacksamma om ni vill höra med barnmorskorna på Er klinik om det är någon som kan ställa upp på en kort intervju via Teams, Zoom eller per telefon.

Resultatet kommer att publiceras på Karolinska Institutets databas för magisteruppsatser på barnmorskeprogrammet. Om ni önskar en kopia av examensarbetet skickar vi gärna det.

Om ni undrar över något gällande studien så är du hjärtligt välkommen att ta kontakt med oss.

Vanja Kronstål
Vanja.kronstal@stud.ki.se
070*****

Malin Bäckman fd Hellqvist
malin.hellqvist@stud.ki.se
073*****

Bilaga 2. Information till studiedeltagare



**Karolinska
Institutet**

Hej Barnmorska!

Vi är två barnmorskestudenter från Karolinska institutet som under höstterminen 2023 skriver examensarbete på avancerad nivå. Vi har valt att undersöka faktorer som kan påverka insättningen av oxytocin på de förlossningsklinikerna i Sverige med lägst respektive högst behandlingsfrekvens. Enligt graviditetsregistrets årsrapport 2021 skiljer sig behandlingsfrekvensen från 46% till 70% mellan kliniker i Sverige.

En del i arbetet är en intervjustudie med enskilda intervjuer över Teams, Zoom eller telefon. Intervjun består av ett fåtal frågor och beräknas ta ca 15–30 minuter.

Du som deltar kan göra det anonymt. Insamlade data hanteras konfidentiellt, din identitet kommer inte att röjas i arbetet eller kopplas till en specifik förlossningsklinik. Intervjuerna kommer spelas in och transkriberas. När arbetet är klart kommer alla ljudfiler och transkriberingar förstöras.

Vi kommer innan intervjun efterfråga ett muntligt samtycke till deltagande.
Du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande.

Eftersom vi har relativt kort tidsram för arbetet är vår önskan att kunna utföra intervjuerna i vecka 36 eller 37.

Ring, sms: a eller mejla för att meddela intresse så hör av oss!

Malin Bäckman fd Hellqvist
malin.hellqvist@stud.ki.se
073*****

Vanja Kronstål
vanja.kronstal@stud.ki.se
070*****

Bilaga 3. Intervjuguide

Att informera och kontrollera om innan intervjun:

- Presentation av författarna (Namn, BM-studenter på KI)
- Har deltagaren läst “information till studiedeltagare”?
- Förklara syftet med studien
- Förväntad tidsåtgång mellan 20–30 minuter.
- Frågorna rör förstföderskor med spontan förlossningsstart och oxytocinbehandling i värkstimulerande syfte.
- Anonymitet, inget ska kunna kopplas till intervjupersonen - arbetsplats, stad osv.
- Är det okej att spela in intervjun?
- Att deltagaren när som helst kan välja att avsluta sitt deltagande
- Muntligt samtycke

Starta inspelningen.

INLEDANDE FRÅGOR:

- Kan du berätta lite kort om dig själv?
 - Hur länge har du arbetat inom förlossningsvården?
 - Hur länge har du arbetat på din nuvarande arbetsplats?

KÄRNFRÅGOR:

- När du har en födande med värksvaghet, vad gör du då?
 - Hur skulle du beskriva värksvaghet?
- Berätta hur processen ser ut när du ska starta oxytocinbehandling?
 - Hur tas beslutet om att oxytocininfusion ska startas?
 - Hur inhämtas den födandes samtycke till behandling?
- Hur dokumenterar du att oxytocininfusion är startad?
 - Behöver man ange anledning till behandling?
- Har du upplevt att oxytocininfusion startas utan indikation?
 - Kan du utveckla?
eller
 - Kan du förklara vad som hände då?

- Har du upplevt att oxytocininfusion inte startats fast de behövs?
 - Kan du utveckla?
 - eller:
 - Kan du förklara vad som hände då?
- Hur arbetar du med PM?
 - Tar du fysiskt fram PM:et?
- Upplever du att PM:et kan tolkas olika?
 - Förklara varför/ varför inte.
- Har du några tankar om varför ni har en av de lägsta/högsta behandlingsfrekvenserna av oxytocin i landet?
 - Arbetsbelastning?

AVSLUTANDE FRÅGA:

- Har du något du vill tillägga?

Tack för din medverkan!

Bilaga 4. Dataextraktion PM

Dataextraktion av PM från de olika förlossningsklinikerna i grupp låganvändning (A, B, C)

Kategorier av intresse	A	B	C
Giltig fr.o.m.	2017–2025	Oktober 2021	April 2023
Innehållsansvarig	Överläkare	Överläkare godkänd av verksamhetschef, reviderad av arbetsgrupp med 3 läkare och 1 sektionschef.	Läkare och fastställd av verksamhetschef
Referens i PM	Nationella medicinska Indikationer (SoS) "Indikation för stimulering under aktiv förlossning"	Indikation för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning Nationella MEDICINSKA Indikationer. Rapport 2011:08	Förlagan till dokumentet är framtaget för bruk inom Stockholmsregionen. Arbetet med att ta fram riktlinjerna involverar barnmorskor och läkare från samtliga Stockholms sjukhus. Hur riktlinjerna tas fram kan man läsa om på https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/bmm-bvcforlossning/forlossningsvard/omforlossning/sriktlinjerna
Titel	Oxytocin för värkstimulering vid värksvaghet eller vid induktion av förlossning	Värksvaghet, oxytocin för värkstimulering	Oxytocinbehandling vid värksvaghet och spontan förlossningsstart
Rubriker	• Definition av värksvaghet • Förlossningsinduktion • Vid värksvaghet • Beredning • Dosering • Behandlingstid • Mål • Åtgärd vid CTG avvikelse och / eller överstimulering • Beredning • Dokumentation, • Värkstimulering med oxytocin under öppningsskedet • Värkstimulering med oxytocin under utdrivningsskede • Kontraindikationer • Skärpt övervakning	• Indikation ○ Patientrelaterade förutsättningar ○ Vårdprocessrelaterade förutsättningar • Behandling ○ Beredning • Dosering • Behandlingstid • Mål • Åtgärd vid CTG avvikelse • Dokumentation • Värkstimulering med oxytocin vid utdrivningsskedet • Kontraindikationer • Skärpt övervakning	• Förutsättningar • Indikation för behandling + figur • Öppningsskedet • Utdrivningsskedet • Differentialdiagnoser vid utebliven progress • Beredning • Dosering • Förväntade effekter • Åtgärder vid avvikande fosterljud • Åtgärd vid mer än 5 värkar/10 minuter eller mindre än 45–60 sekunder paus mellan värkarna.

Definition värksvagheter eller Indikation till behandling Öppningsskedet:	Under rubriken “Definition av värksvagheter” Öppningsskedets aktiva fas: förväntad progress (1 cm/tim.) fördröjd med 3 timmar (aktionslinje förskjuten 3 tim från observationslinje).	Under rubriken “Indikation” Indikation för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning föreligger om förutsättningarna nedan är uppfyllda. (förutsättningarna står under “Förutsättningar/åtgärder” i vår tabell) Under rubriken “Patientrelaterade förutsättningar” - Förväntad normal progress under öppningsskedets aktiva fas har fördröjts med 3 timmar, inklusive station (aktionslinje förskjuten 3 tim från observationslinjen). - Förväntad normal progress under utdrivningsskedet har avstannat under nedträngandefasen i minst 1–2 timmar* - Progressen har avstannat under aktiv krystning i minst 30 minuter.	Under rubriken “Öppningsskedet” < 5 cm: Undvik att stimulera vid normal latensfas. 5–7 cm: Öppningstakt mindre än 1 cm på 4 timmar utgör indikation för oxytocin. > 7 cm - Retraherad: Öppningstakt mindre än 1 cm på 2 timmar utgör indikation för oxytocin.
Definition värksvagheter eller Indikation till behandling Utdrivningsskedet:	Under rubriken “Definition av värksvagheter” Avstannad progress minst 1 timme i nedträngandefasen. Aktiv krystning > 30 minuter under utdrivningsfasen	Under rubriken “Indikation” Indikation för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning föreligger om förutsättningarna nedan är uppfyllda. (förutsättningarna nedan står under “Förutsättningar/åtgärder”)	Under rubriken “Utdrivningsskedet” Nedträngandefas > 2 timmar utan förlossning nära förestående (övergång till krystfas) eller > 1 timme utan tydlig progress i station kan utgöra indikation för oxytocin om andra åtgärder vidtagits utan effekt. Krystfas - Individuell bedömning. Se under Dosering nedan. Observera att utveckling av hypoxi går snabbt under krystfasen.
Mål för behandling	Under rubriken “Mål” Normalisering av förlossningsprogressen eller 4–5 kontraktioner/10 minuter och > 40 s duration	Under rubriken “Mål” Normalisering av förlossningsprogressen eller 4–5 kontraktioner/10 minuter och > 40 s duration.	Under titeln “Dosering” Eftersträva i öppningsskedet 4–5 värkar/10 minuter med minst 60 sekunders paus mellan värkar och i utdrivningsskedet max 5 värkar/10 minuter med minst 45–50 sekunders paus mellan värkar.

Förutsättningar/Åtgärder Öppningsskedet	Under rubriken “Värkstimulering med oxytocin under öppningsskedet” • Läkardordination krävs • Indikation ska dokumenteras • CTG ska inte ge misstanke om asfyxi före behandlingsstart • Brustna hinnor innan stimulering. Efter amniotomi avvakta 1 tim. Vid oförändrat cervixstatus, påbörja oxytocininfusion.	Generellt för både öppnings- och utdrivningsskedet Under rubriken “Patientrelaterade förutsättningar” • Förväntad normal progress under öppningsskedets aktiva fas har fördröjts med 3 timmar, inklusive station (aktionslinje förskjuten 3 tim från observationslinjen). • Förväntad normal progress under utdrivningsskedet har avstannat under nedträngandefasen i minst 1–2 timmar* • Progressen har avstannat under aktiv krystning i minst 30 minuter. • Antalet sammandragningar är högst 5/10 minuter • Sammandragningar skall palperas manuellt och dokumenteras minst en gång i timmen. • Ingen asfyxi föreligger hos fostret. • Disproportion bedöms vara mindre sannolikt. Under rubriken “Vårdprocessrelaterade förutsättningar” • Amniotomi har utförts om hinnbristning inte skett spontant. • Förlossningens progress övervakas. • Kvinnan har informerats om effekter av olika lång avvaktan innan värkstimulering startas. Läkardordination krävs	Generellt för både öppnings- och utdrivningsskedet Under rubriken “Förutsättningar” • Behandling med oxytocin ordineras av läkare i samråd med barmorska och den födande kvinnan och dokumenteras i journalen med uppgift om indikation. • Dokumentera på vilket sätt värksvaghet har diagnostiserats. • Vid misstanke om pågående asfyxi eller hypoxi hos fostret ska detta först uteslutas innan behandling påbörjas. • Epiduralanestesi är inte indikation för rutinmässig behandling med oxytocin • Spontan vattenavgång bör vara verifierad och dokumenterad, alternativt amniotomi utfört innan oxytocinstimulering påbörjas.
Förutsättningar/Åtgärder Utdrivningsskedet	Under titeln “Värkstimulering med oxytocin under utdrivningsskedet” värksvaghet föreligger Indikation ska dokumenteras, CTG ska inte ge misstanke om asfyxi före behandlingsstart	Se ovan	Se ovan

Kontraindikation	Under rubriken “Kontraindikationer” Överkänslighet, disproportion, hypertona värkar, misstanke om asfyxi,	Under rubriken “Kontraindikationer” Överkänslighet, disproportion, hypertona värkar, misstanke om fosterasfyxi. Vid svårbedömt CTG överväg skalpprov innan insättning av oxytocin.	Under rubriken “Differentialdiagnoser vid utebliven progress” Långsam progress vid eller efter 9 cm inklusive under utdrivningsskedet bör inge misstanke om felinställning eller disproportion. Försök att identifiera orsaken och vidta åtgärder därefter
Risker med behandling	Under rubriken “Skärpt övervakning” Lång infusionstid och hög totaldos innebär en risk för övervåtskning p.g.a. oxytocinets antidiuretiska effekt	Under rubriken “Skärpt övervakning” Lång infusionstid och hög totaldos innebär en risk för övervåtskning p.g.a. oxytocinets antidiuretiska effekt	Under rubriken “Förväntade effekter” Det finns evidens för att behandling med oxytocin är förenat med ökad risk för fosterpåverkan vid överstimulering Under rubriken “Åtgärd vid mer än 5 värkar/10 minuter eller mindre än 45–60 sekunder paus mellan värkarna ” Beakta att överstimulering, med eller utan fosterljudspåverkan, medför att den fetala syremåttningen successivt minskar och innebär en risk för utveckling av metabol acidos.
Dokumentation	Under rubriken “Dokumentation” • Partogram	Under rubriken “Dokumentation” • Partogram, förlossningsprogress följs med observationslinje och aktionslinje • Indikation för värkstimulering ska dokumenteras i journal • Vid start av dropp: Värkfrekvens/10 minut dokumenteras i partogram, CTG klassificeras och signeras i Milou i realtid. Därefter om oförändrad dosering signeras CTG i Milou enligt PM fosterövervakning i realtid. • Vid dosförändring: Vid varje dosförändring dokumenteras värkfrekvens i partogram. CTG klassificeras och signeras i Milou i realtid. • Sammandragningar ska palperas manuellt och värkstatus dokumenteras minst en gång per timme i partogram • Optimalt stimulerad: Uppnått 4–5 värkar/10 minut, klockslag dokumenteras i journal	Under rubriken “Förutsättningar” • Behandling med oxytocin ordinerar av läkare i samråd med barnmorska och den födande kvinnan och dokumenteras i journalen med uppgift om indikation. • Dokumentera på vilket sätt värvsvaghet har diagnostiserats.

Dataextraktion av PM från de olika förlossningsklinikerna i grupp höganvändning (D, E, F)

Kategorier av intresse	D	E	F
Giltig fr.o.m.	November 2021	2019–2024	Januari 2018
Innehållsansvarig	Överläkare + godkänd av överläkare.	2 sektionsledare	Läkare + fastställd av två enhetschefer.
Referens i PM	Finns ej referat.	SFOG Riktlinje om Oxytocinstimulering	Nationella medicinska indikationer; Indikation för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning, rapport 2011:08
Titel	Värksvaghet	Oxytocin för värkstimulering vid värksvaghet samt induktion, kvinnosjukvården.	Oxytocin för värkstimulering vid värksvaghet
Rubriker	- Definition av värksvaghet - Åtgärder vid värksvaghet - Beredning - Dosering - Övervakning - Hypertont värbete eller CTG-påverkan	- Syfte och omfattning - Allmänt - Definition av värksvaghet - Vid induktion - Ansvar & roller - Beskrivning - Beredning - Vid värksvaghet - Dosering - Behandlingstid - Mål - Vid induktion av förlossning - Åtgärd vid CTG avvikelser - Dokumentation - Värkstimulering med oxytocin under öppningsskedet - Värkstimulering med oxytocin under utdrivningsskedet - Kontraindikation - Skärpt övervakning	- Definition av värksvaghet - Beredning - Dosering - Mål - Åtgärder vid CTG avvikelser - Behandlingstid - Dokumentation - Värkstimulering med oxytocin vid öppningsskedet - Värkstimulering med oxytocin vid utdrivningsskedet - Kontraindikation - Riskpatienter - Tidigare sectio-förlösta
Definition värksvaghet eller Indikation till behandling Öppningsskedet	Under rubriken “Definition av värksvaghet” Öppningsskedets aktiva fas: förväntad progress (1cm/tim) fördröjd med 3 timmar (aktionslinjen förskjuten 3 timmar från observationslinjen)	Under rubriken “Allmänt”, underrubrik “Definition av värksvaghet” Öppningsskedets aktiva fas: förväntad progress (1 cm/tim.) fördröjd med 3 timmar (aktionslinje förskjuten 3 tim. från observationslinje)	Under rubriken “Definition av värksvaghet” Öppningsskedets aktiva fas: förväntad progress (1 cm/tim) fördröjd med 3 timmar (aktionslinje förskjuten 3 tim från observationslinje).
Definition värksvaghet eller Indikation till behandling Utdrivningsskedet	Under rubriken “Definition av värksvaghet” Utdrivningsskedet: avstannad progress minst 1 timme i nedträngandefasen eller aktiv krystning> 30 minuter under utdrivningsfasen	Under rubriken “Allmänt” Underrubrik “Definition av värksvaghet” Utdrivningsskedet: avstannad progress minst 1 timme i nedträngandefasen eller aktiv krystning> 30 minuter under utdrivningsfasen.	Under rubriken “Definition av värksvaghet” Utdrivningsskedet: Avstannad progress minst 1 timme i nedträngandefasen eller aktiv krystning> 30 minuter utan progress under utdrivningsfasen

Mål för behandling	Under rubriken “Dosering” uppnår adekvat progress, eller tills man uppnår 4–5 kontraktioner/10 minuter	Under rubriken “Mål” Normalisering av förlossningsprogressen eller 4–5 kontraktioner/10 minuter och > 40 s duration.	Under rubriken “Mål” Normalisering av förlossningsprogressen eller 4–5 kontraktioner/10 minuter och >40 s duration.
Förutsättningar för behandling under öppningsskedet	Generellt ej uppdelat. Under rubriken “Åtgärder vid värksvaghet” • Amniotomi utförs som första åtgärd om ej vattenavgång föreligger. Nytt VU efter 1 timme, vid oförändrat cervixstatus startas oxytocininfusion. • Vid vattenavgång med värkar och värksvaghet startas oxytocininfusionen direkt. • När oxytocininfusionen startas dokumenteras indikationen av barnmorskan och förlossningsläkare informeras.	Under rubriken “Värkstimulering med oxytocin under öppningsskedet” • Läkardordination krävs • Indikation ska dokumenteras. • CTG ska inte ge misstanke om asfyxi före behandlingsstart. • Brustna hinnor innan stimulering. Efter amniotomi avvakta 1 tim. Vid oförändrat cervixstatus, påbörja oxytocininfusion.	Under rubriken “Värkstimulering med oxytocin under öppningsskedet” Läkardordination krävs, ansvarig barnmorska kan starta värkstimulering utan läkardordination under förutsättning att: • Indikation skall dokumenteras. • CTG ska inte ge misstanke om asfyxi före behandlingsstart • Brustna hinnor innan stimulering. • Efter amniotomi avvakta 1 tim. Vid oförändrat cervixstatus, påbörja oxytocininfusion.
Förutsättningar för behandling under utdrivningsskedet		Under rubriken “Värkstimulering med oxytocin under utdrivningsskedet” Värkstimulering med oxytocin får ges utan läkardordination under förutsättning att: • Värksvaghet föreligger • CTG klassificeras som normalt • Inga andra komplikationer under graviditet eller förlossning Dosen får inte överstiga 180 ml/tim utan läkardordination.	Under rubriken “Värkstimulering med oxytocin under utdrivningsskedet” Värkstimulering med oxytocin får ges utan läkardordination under förutsättning att: • Värksvaghet föreligger • CTG klassificeras som normalt • Inga andra komplikationer under graviditet eller förlossning (ex. tillväxthämning, blödning) föreligger. Dosen får inte överstiga 180 ml/tim utan läkardordination.
Kontraindikation	-	Under rubriken “Kontraindikation” Överkänslighet, disproportion, hypertona värkar.	Under rubriken “Kontraindikation” Överkänslighet, disproportion, hypertona värkar.
Risker med behandling	-	Under rubriken “skärpt övervakning” Lång infusionstid och hög totaldos innebär en risk för övervätskning p.g.a. oxytocinets antidiuretiska effekt	Under rubriken “Riskpatienter” Lång infusionstid och hög totaldos innebär en risk för övervätskning p.g.a. oxytocinets antidiuretiska effekt.

Dokumentation	Under rubriken “Åtgärder vid värksvaghet” När oxytocininfusion startas dokumenteras indikationen av bammorskan Dokumentation av dosjusteringarna ska göras i partogrammet.	Under rubriken "Dokumentation" → Patrogram & checklista Induktion _____ Värkförstärkning _____ _____ (fördröjt antal timmar från alert linje, retraherad antal minuter) · Droppstart o Värkfrekvens/10 minut (i partogram, flik – kontraktioner) o CTG-bedömning (i Milou eller i löpande text) · Dosökning o Värkfrekvens/10 minut (i partogram, flik – kontraktioner) o CTG-bedömning om ej normalt, enligt Dr C Bravado · Optimalt stimulerad kl (uppnått 4-5 värkar/10 minut med stimulering)	Under rubriken "Dokumentation" Partogram, förlossningsprogress följs med aktionslinje Indikation för värkstimulering ska dokumenteras i journal Vid avvikande CTG, antal kontraktioner och infusionshastighet. Klassificera och signera CTG
Övrig intressant information		Har en egen rubrik “Ansvar och roller ” Samtliga bammorskor och läkare inom Kvinnosjukvården Region Gävleborg som jobbar aktivt på förlossningsavdelningarna ansvarar för att känna till och följa aktuell rutin” Enda sjukhuset som har ett syfte: “Syftet med dokumentet är att säkerställa att Kvinnosjukvården följer den utarbetade nationella standarden för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning i syfte att optimera förlossningsutfallet.”	

Bilaga 5. Exempel på innehållsanalys

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
<i>”Först och främst så försöker jag tänka på alternativ som inte skulle vara medicinska, alltså först och främst försöker jag undvika att det blir en värksvaghet från början genom olika metoder som till exempel lägesändringar, spinning babies, se till att de fått i sig med mat och dricka, näring”</i>	Barnmorskan försöker undvika värksvaghet genom olika icke-medicinska åtgärder	Icke-medicinska åtgärder	Barnmorskans verktygslåda	Vem barnmorskan är
<i>“Är det klart man blir stressad över hela situationen att ha många patienter samtidigt, att det också kan påverka att man är lite snabbare med att koppla ett dropp, än vad man hade behövt vara. Eller att det liksom är en enklare, snabbare åtgärd än att prova vissa andra grejer, om man har mycket att göra, för man kan koppla ett dropp och man kan hålla koll på sitt CTG ute, man kan ha koll på värkarna ute”</i>	Stress över arbetssituationen kan påverka att man kopplar dropp tidigare då det är en enkel åtgärd.	Arbets-situationen	Arbets-belastningen	Arbetsplatsens förutsättningar
<i>“Det är inte så att man bara går in och kopplar dropp, utan kopplar ett dropp så är det ändå såhär... man diskuterar det med sina kollegor eller med koordinatören i alla fall och det är inte så bara “nu går vi in och hänger ett dropp” och att man liksom informerar koordinatören om det, utan då har man ofta en diskussion innan.”</i>	Barnmorskorna diskuterar med sina kollegor innan oxytocindropp kopplas	Diskussion med kollegor	Teamarbete	Steg inför behandling

<i>“Ja men ibland om man har en uttröttad mamma... alltså ibland finns det inte en riktig indikation utan bara liksom påskynda förloppet för att de är absolut inte medgörlig, ingenting...”</i>	Barnmorskan har ingen riktig indikation till behandling utan vill påskynda förloppet	Påskynda förloppet	Synen på förlossningsprocessen	Vem barnmorskan är
---	---	---------------------------	---------------------------------------	---------------------------

Bilaga 6. Information av granskade PM

Grupp	A	B	C	D	E	F
Titel	Oxytocin för värkstimulering vid värksvagheter eller vid induktion av förlossning	Värksvagheter, oxytocin för värkstimulering	Oxytocinbehandling vid värksvagheter och spontan förlossningsstart	Värksvagheter	Oxytocin för värkstimulering vid värksvagheter samt induktion, Kvinnosjukvården	Oxytocin för värkstimulering vid värksvagheter
Användningsområde	Värksvagheter och induktion	Värksvagheter	Värksvagheter	Värksvagheter	Värksvagheter och induktion	Värksvagheter
Sidor med information	2	2,5	4	1	3,5	1,5
Senast reviderad	2017	2021	2023	2021	2019	2018
Rubriker	Definition av värksvagheter Förlossningsinduktion Vid värksvagheter Beredning Dokumentation Värkstimulering med oxytocin under öppningsskedet Värkstimulering med oxytocin under utdrivningsskedet Kontraindikationer Skärpt övervakning	Indikation *Patientrelaterade förutsättningar *Vårdprocessrelaterade förutsättningar Behandlingstid Mål Åtgärd vid CTG avvikelser Dokumentation Värkstimulering med oxytocin i utdrivningsskedet Kontraindikationer Skärpt övervakning	Förutsättningar Indikation för behandling + figur Öppningsskedet Differentialdiagnoser vid utebliven progress Beredning Dosering Förväntade effekter Åtgärder vid avvikande fosterljud Åtgärder vid mer än 5 värkar/ 10 minuter eller mindre än 45–60 sekunder paus mellan värkarna	Definition av värksvagheter Åtgärder vid värksvagheter Beredning Dosering Övervakning Hypertont värkarbete eller CTG-påverkan	Syfte och omfattning Allmänt * Definition av värksvagheter Ansvar & roller Beskrivning * Beredning Vid värksvagheter * Dosering * Behandlingstid * Mål Vid induktion av förlossning Åtgärd vid CTG avvikelser Dokumentation Värkstimulering med oxytocin under öppningsskedet Värkstimulering med oxytocin under utdrivningsskedet Kontraindikationer Skärpt övervakning	Definition av värksvagheter Beredning Dosering Mål Åtgärder vid CTG avvikelser Behandlingstid Dokumentation Värkstimulering med oxytocin under öppningsskedet Värkstimulering med oxytocin under utdrivningsskede Kontraindikationer Riskpatienter Tidigare sectioförlösta